

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

479

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juillet 1899, à heure

PAR

Lucien NÉRET

EXTERNE DES HÔPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE LA Pitié

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DU SIÈGE

Causes, Pronostic, Traitement

(ÉTUDE STATISTIQUE)

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
VARNIER, agrégé.
WALTHER, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

479

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juillet 1899, à . heure

PAR

Lucien NÉRET

EXTERNE DES HÔPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE LA Pitié

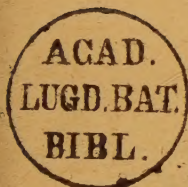
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DU SIÈGE

Causes, Pronostic, Traitement

(ÉTUDE STATISTIQUE)



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
VARNIER, agrégé.
WALTHER, agrégé.

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N...
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	{ BERGER.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERRY
ANDRE	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA, Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA, André	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
			WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1879, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Souvenir très affectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LEPAGE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

PRÉFACE

En terminant nos études médicales, il nous est particulièrement agréable de remercier ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux :

M. Campenon, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Broussais ;

M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital de la Charité ;

M. Chauffard, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Cochin ;

M. Faisans, médecin de l'hôpital de la Pitié ;

Chez lesquels nous avons accompli notre stage hospitalier.

M. Landouzy, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec ;

M. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ;

M. Brun, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ;

M. Brocq, médecin de l'hôpital Broca ;

M. Lepage, professeur agrégé, accoucheur de la Maternité de la Pitié ;

Ont bien voulu nous accepter dans leur service, en qualité d'externe ; nous en avons retiré autant d'honneur que de profit.

M. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, nous reçut en compatriote. Nous sommes heureux de lui en témoigner ici notre gratitude.

Notre maître, M. Lepage, nous a donné, pour cette thèse,

de précieuses indications. Pendant les six mois passés dans son service, nous avons pu apprécier son enseignement si pratique. Ses conseils nous seront d'une grande utilité.

M. le professeur Pinard, après avoir mis à notre disposition les archives de la clinique Baudelocque, nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance.

PRÉAMBULE

Il nous a paru intéressant de faire ressortir les conclusions, résultant d'un grand nombre d'observations de présentations du siège, recueillies, dans le même service, chez des femmes ayant été traitées suivant la même méthode.

Toutes les observations qui nous ont servi ont été recueillies à la Clinique Baudelocque ; nous avons relevé tous les cas de présentation du siège observés du 12 décembre 1889 au 29 décembre 1898.

A défaut d'autres mérites, notre travail aura, nous l'espérons, celui d'apporter des faits pouvant servir à établir d'une manière assez précise : les causes qui créent la présentation du siège ; les incidents qu'on peut observer au cours de l'accouchement ; le pronostic maternel et fœtal, non seulement touchant la mortalité, mais aussi la morbidité.

Nous avons laissé de côté les grossesses gémellaires et nous étudierons à part les fœtus macérés, ayant divisé ainsi notre étude :

Chapitre I. — Causes.

Chapitre II. — De l'accouchement.

Chapitre III. — De la délivrance.

Chapitre IV. — Pronostic.

Chapitre V. — De la version par manœuvres externes.

Conclusions.

Nous avons joint un exposé détaillé, présenté sous forme de tableaux, des observations qui nous ont servi à établir notre thèse.

CHAPITRE I

Causes

Les auteurs, donnent un grand nombre de causes à la présentation du siège. On les divise en général (1) en : causes produisant la variété franche définitive, et parmi celles-ci : le développement inégal des deux segments de l'utérus; le développement plus marqué de l'extrémité céphalique (hydrocéphalie par exemple).

Et en causes accidentelles. Ce sont : du côté du fœtus, petitesse, gémellité, mort avec ou sans macération ; du côté de l'œuf : hydropisie de l'amnios, insertion du placenta sur le segment inférieur ; du côté de l'organisme maternel : laxité des parois utérine et abdominale, rétrécissement du bassin, malformations ou tumeurs de l'utérus.

Nous basons notre statistique sur 373 observations, dont 197 ont été prises chez des primipares et 176 chez des multipares, et nous sommes arrivé aux résultats suivants :

1^o Primipares :

Insertion du placenta sur le segment inférieur .	76
Tumeurs fibreuses de l'utérus	12
Malformations utérines { utérus cordiforme	1
» bicorne	2
2 cols	2
Endométrite hémorrhagique	1
Hydramnios	1
Rétrécissements du bassin seuls.	5

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, in Traité d'obstétrique.

Associations de plusieurs causes :

Hydramnios et insertion vicieuse	1
Malformation utérine et insertion vicieuse	1
Rétrécissement et insertion vicieuse.	9
Rétrécissement et utérus bicorne	1
Rétrécissement et spina bifida	1
Hydrocéphalie et spina bifida	1

2^o) Multipares :

Insertion vicieuse.	62
Hydramnios.	5
Malformations utérines { non spécifiée	1
{ utérus bicorne.	1
id. cordiforme	1
Tumeur fibreuse de l'utérus	1
Tumeur du cul-de-sac latéral droit.	1
Rétrécissements du bassin seuls.	4
Bassin oblique ovalaire.	1

Associations de plusieurs causes :

Rétrécissement et insertion vicieuse	5
Rétréc. inser. vicieuse et hydramnios.	2
Hydrocéphalie	1

CHAPITRE II

De l'accouchement par le siège

I. — RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Un grand nombre de causes, ont été attribuées par les auteurs, à la rupture prématurée des membranes : minceur des membranes, grossesse gémellaire, hydramnios, rétrécissements du bassin, mauvaises présentations et, en particulier, d'après Depaul, les présentations du siège.

M. Pinard a bien montré que la véritable cause de la rupture prématurée était, le plus souvent, l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Nous avons relevé 85 ruptures prématurées, chiffre assez élevé, par conséquent, et qui s'explique peut-être en partie par ce fait que, de toutes les causes qui favorisent le plus la présentation du siège, l'insertion du placenta sur le segment inférieur est, sans contredit, la plus souvent indiquée.

Chez les primipares, nous l'avons observée 38 fois ; 7 fois dans le siège complet ; 30 fois dans le siège décompleté mode des fesses ; 1 fois dans une variété de position non spécifiée.

Dans 4 cas, le bassin était rétréci, le rétrécissement coïncidant avec l'insertion vicieuse.

Dans les autres cas, 23 fois l'insertion du placenta sur le segment inférieur a été signalée.

Les membranes étaient déchirées dans 3 cas.

Il y a eu rétention dans 2 autres ; elles n'ont pas été mesurées dans 1 autre.

Enfin, dans 5 cas, le petit côté mesurait 10^{cm} et plus.

Chez les multipares, nous l'avons observée 47 fois. 12 fois dans le siège complet, 29 fois dans le siège décompleté mode des fesses, 6 fois dans des présentations non spécifiées.

Dans 4 cas le bassin était rétréci ; coïncidence avec insertion vicieuse : 3 fois ; rétention dans 5 autres cas.

Dans les autres cas, 24 fois l'insertion vicieuse est signalée. Les membranes étaient déchirées dans 3 cas. Il y a eu rétention dans 5 autres.

Enfin, le petit côté mesurait 10^{cm} et plus, dans les 12 derniers.

En résumé, sur 85 ruptures prématurées des membranes, nous trouvons l'insertion du placenta sur le segment inférieur, 70 fois, soit 80 %.

II. — DURÉE TOTALE DU TRAVAIL

Chez les primipares à bassin normal, la durée du travail a oscillé entre 1 h. et 67 heures.

Pour le siège complet, nous trouvons :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr.,	une moyenne de	14 h. 31
» de 2000 à 3000 gr.,	»	11 h. 26
» plus de 3000 gr.,	»	13 h.
Soit 12 h. 25 de durée moyenne.		

Pour le siège décompleté mode des fesses :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr.,	une moyenne de	8 h. 36
» de 2000 à 2000 gr.,	»	13 h.
» plus de 3000 gr.,	»	15 h. 24
Soit 12 h. 20.		

Pour le siège décompleté mode des pieds :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr.,	une moyenne de	20 h.
» plus de 3000 gr.,	»	10 h. 50
Soit 15 h. 25.		

Pour des présentations dont le mode n'a pas été spécifié :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr.,	une moyenne de	14 h. 33
» plus de 2000 gr.,	»	9 h. 12
Soit 12 h. 12.		

La moyenne faite d'après la totalité des résultats serait un peu supérieure à 13 h.

Chez les primipares à bassin rétréci, la durée totale a varié de 2 h. 50 à 108 h.

Pour le siège complet, nous trouvons une moyenne de 12 h.
 » décomplété mode des fesses, » 21 h. 25
 » » » pieds, » 2 h. 50
 Soit 12 h. 31.

Chez les multipares à bassin normal, la durée a oscillé entre 1 h. 10 et 59 h.

Pour le siège complet, nous trouvons :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr., une moyenne de 10 h.
 » de 2000 à 3000 gr., » 8 h. 32
 » plus de 3000 gr., » 9 h. 67
 Soit 9 h. 33.

Pour le siège décomplété mode des fesses :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr., une moyenne de 9 h.
 » de 2000 à 3000 gr., » 8 h. 38
 » plus de 3000 gr., » 10 h. 17
 Soit 9 h. 51.

Pour le siège décomplété mode des pieds :

Le fœtus pesant de 2000 à 3000 gr., une moyenne de 10 h.
 » plus de 3000 gr., » 6 h.
 Soit 8 h.

Pour le siège décomplété mode des genoux :

Le fœtus pesant plus de 3000 gr., une moyenne de 9 h. 25

Pour des présentations dont le mode n'a pas été spécifié :

Le fœtus pesant moins de 2000 gr., une moyenne de 11 h.
 » de 2000 à 3000 gr., » 18 h. 25
 » plus de 3000 gr., » 3 h. 50
 Soit 11 h. 31.

La moyenne faite d'après la totalité des résultats = 11 h. 31.

Chez les multipares à bassin rétréci, la durée a oscillé entre 1 h. 40 et 14 h.

Pour le siège complet nous trouvons une moyenne de	11 h. 16
» décompleté mode des fesses »	5 h. 43
» » » pieds »	2 h. 90
Soit 6 h. 49.	

III. — DURÉE DE LA PÉRIODE D'EXPULSION

On pourrait penser, a priori, qu'une expulsion plus longue est la conséquence obligée de la présentation du siège. En effet, le siège plus malléable que l'extrémité céphalique, se moule en quelque sorte, sur la filière, qu'il doit traverser, et la dilatant peu, prépare ainsi assez mal la voie, que franchira la tête dernière. Or, les statistiques des auteurs démontrent au contraire que, dans ces cas, l'expulsion est plus rapide. Cette proposition qui, à un examen superficiel, peut paraître paradoxale, s'explique néanmoins facilement, par ce fait, que les interventions sont plus fréquentes dans la présentation du siège, principalement pour l'extraction de la tête : l'accouchement par le sommet se terminant seul dans la grande majorité des cas.

Notre travail concorde avec ceux des auteurs qui se sont déjà occupés de la question. C'est ainsi que nous trouvons chez des **primipares ayant le bassin normal** :

1° *Enfants pesant moins de 2.000 gr.*

Période d'expulsion : Siège complet : 16^m; fesses : 16^m25; pieds : 5^m.

2° *Enfants de 2.000 à 3.000 gr.*

Siège complet : 40^m; fesses : 52^m; pieds : 20^m.

3° *Enfants au-dessus de 3.000 gr.*

Siège complet : 50^m; fesses : 56^m; pieds : 10^m.

Nous avons réuni également un certain nombre de *présentations dont le mode n'a pas été spécifié* : la durée de l'expulsion a été : 30^m pour des enfants pesant 2.000 gr. et 12^m pour des enfants pesant 3.000 gr.

Chez les multipares, la durée de la période d'expulsion est la suivante :

1° *Enfants de moins de 2.000 gr. :*

Siège complet : 31^m ; fesses : 15^m.

2° *Enfants de 2.000 à 3.000 gr. :*

S. complet : 16^m ; fesses : 19^m ; pieds : 22^m30.

3° *Enfants de plus de 3.000 gr. :*

S. complet : 22^m ; fesses : 29^m36 ; pieds : 5^m ; genoux : 18^m.

La moyenne peut donc, le bassin étant normal, être établie ainsi :

1° Pour les primipares. ..	{	Siège complet.....	35 ^m
		Fesses.....	41 ^m 41
		Pieds.....	17 ^m
		Non spécifié.....	21 ^m
2° Pour les multipares....	{	Siège complet.....	23 ^m
		Fesses.....	21 ^m 12
		Pieds.....	13 ^m 65
		Genoux.....	18 ^m

Or, d'après la statistique de Bataillard, la durée de la période d'expulsion dans les présentations du sommet est :

Pour les primipares : 50^m ; pour les multipares : 25^m.

La durée de l'expulsion est donc plus courte, dans la présentation du siège. Nous pouvons ajouter que la période d'expulsion la moins longue a été observée dans le siège décomplété mode des pieds.

La période d'expulsion **dans les cas de rétrécissement du bassin**, donne la moyenne suivante :

Primipares. — S. complet : 30^m ; fesses : 21^m25.

Multipares. — S. complet : 23^m ; fesses : 13 ; pieds : 7^m30.

IV. — ABAISSEMENT PROPHYLACTIQUE DU PIED

L'abaissement du pied, préconisé par Peu, Mauriceau, Smellie, Baudelocque, Ahlfeld, Spiegelberg, Mangiagalli, fut de nouveau défendu par M. Pinard qui, en 1889, fait soutenir à Mantel, devant la Faculté de Paris, une thèse « sur une nouvelle manœuvre, pour l'abaissement d'un pied,

dans la présentation du siège mode des fesses ». A cette époque, M. Pinard croyait que l'abaissement du pied, n'était praticable qu'autant que les fesses étaient encore au détroit supérieur. Plus tard, il conclut que la manœuvre était possible, même alors que le siège est engagé. M. Potocki, dans un travail paru dans les Annales de gynécologie et d'obstétrique, en 1893, s'est fait l'interprète des idées de son maître, et c'est à lui que nous avons emprunté cet historique.

L'abaissement du pied a pour but de remédier aux multiples inconvénients qui résultent de l'extraction du siège par le forceps, les lacs, les crochets placés dans le pli inguinal.

La difficulté de l'extraction, particulièrement dans le siège décompleté mode des fesses, a de tout temps éveillé la sagacité des observateurs.

C'est ainsi que Levret, Røederer emploient le forceps ; mais cet instrument, construit pour l'extrémité céphalique, s'adapte mal à l'extrémité pelvienne, dérape souvent. De plus, le bord des cuillers, appliqué sur le bassin, peut blesser les parois abdominales, et les viscères de l'enfant.

Aussi, malgré le forceps spécial, à courbure pelvienne peu marquée, construit sous l'inspiration de Trélat et les conseils d'Ollivier (thèse de Paris 1883), qui applique les cuillers sur les membres, ne tarde-t-on pas à délaisser cet instrument. Il en est de même de la manœuvre qui consiste à exercer des tractions directes sur le bassin de l'enfant à l'aide d'un doigt introduit dans l'anus, pendant qu'un autre doigt, placé dans le rectum de la mère, repousse les fesses du fœtus. On revient donc aux crochets, aux lacs et aux tractions digitales faites dans le pli de l'aîne.

Mais, comme le dit Potocki, le siège fournit aux lacs une prise fragile ; les doigts atteignent quelquefois difficilement le pli inguinal : il est beaucoup plus aisé de défléchir un membre, sur lequel, le cas échéant, on pourra exercer des tractions plus efficaces.

Une dernière controverse devait s'élever. Pouvait-on tou-

jours, et principalement dans le cas où le siège est très engagé, faire l'abaissement du pied?

M. Bonnaire, en 1893, à la suite d'expériences et de mensurations, disait que l'abaissement n'est pas toujours possible et que, d'ailleurs, la longueur du fémur d'un enfant pesant 3 kilog. dépassait la longueur des diamètres de l'excavation. Cependant, avec la méthode de M. Pinard, on a pu, nous en rapportons un exemple, abaisser un pied, alors que les organes génitaux externes étaient hors la vulve. — Cette méthode consiste à porter la cuisse antérieure en abduction en lui formant attelle avec deux ou trois doigts glissés le long de cette cuisse. La jambe se fléchit alors sur la cuisse et le pied se place ainsi dans la main de l'opérateur.

Le moment d'élection est le moment qui suit la rupture des membranes à la dilatation complète (Potocki). On abaisse de préférence le pied antérieur. Le pied postérieur peut, comme nous le rapportons plus bas, être converti en antérieur et cela, d'après Farabeuf et Varnier, en choisissant le chemin le plus long.

Si la déflexion est pratiquée dans un but prophylactique, on abandonnera l'accouchement à lui-même, à moins d'indications contraires (Potocki).

Les principales difficultés résultent : du gros volume de l'enfant, de l'engagement trop accentué, de l'étroitesse des parties molles, de la rétraction de l'utérus. Nous rapportons une observation où, le siège étant décomplété mode des fesses, le pied droit se trouvait enclavé dans l'angle formé par le pied opposé, avec la paroi abdominale ; une autre dans laquelle le genou était accroché au pubis.

Chez les *primipares*, la manœuvre a été exécutée 46 fois sur 180 accouchements, soit dans 1/4 des cas environ, qui se répartissent ainsi : 39 fois, m. des fesses ; 5 fois, siège complet ; 1 fois, m. des pieds ; 1 fois, non spéc.

Dans 2 cas, les deux pieds ont été abaissés ; dans 4, l'abaissement fut rendu pénible par : 1^{re} obs., engagement profond ; 2^e obs., étroitesse des parties molles ; 3^e obs., rétraction de l'utérus, les membranes étant rompues depuis la veille.

Chez les *multipares*, la manœuvre a été exécutée 34 fois

sur 166 accouchements, soit dans un peu plus des $\frac{1}{5}$ des cas, qui se répartissent ainsi :

20 fois : mode des fesses ; 6 fois : siège complet ; 2 fois : mode des pieds ; 1 fois : genoux ; 5 fois : non spécifié.

Dans un cas (éclampsie de la mère), le pied a servi d'agent de dilatation

Dans un autre, l'abaissement a pu être fait, alors que le siège était sur le périnée.

Dans un troisième, elle fut rendue pénible par l'accrochement du genou au pubis. Enfin, dans un dernier, il y avait : rétraction utérine, la dilatation n'étant pas complète.

L'abaissement prophylactique du pied sans traction a été fait une fois.

Dans deux cas : tractions dans l'aîne : une fois avec l'index (fracture du fémur) une fois avec des lacs.

OBSERVATION I

Présentation du siège, mode des fesses. S. D. — Enclavement du pied droit dans l'angle formé par la face antérieure de la cuisse gauche et la face latérale gauche de l'abdomen (N° 1,186 de 1893).

Au moment où M. Lepage, voulant faire l'abaissement prophylactique du pied, introduit la main dans l'utérus, il constate que la jambe et le pied droits sont logés dans le creux formé par la face antérieure de la cuisse gauche et la face latérale gauche de l'abdomen. Le pied droit de l'enfant se trouve un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche. Les tractions exercées dans le creux poplité ne peuvent suffire pour mobiliser la jambe. Il faut pousser deux doigts et le pouce le long de la jambe et arriver jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne pour désenclaver le pied ainsi immobilisé. L'abaissement à travers l'orifice et dans le vagin se fait sans difficulté.

Le lendemain 12 août, paralysie du membre supérieur gauche avec contracture; la sensibilité est conservée. T. 38°6 m.; s. 39°6. Le soir, l'enfant a la face grippée, de la dyspnée. Le 13, la paralysie persiste. On constate quelques mouvements des doigts. La sensibilité n'est pas altérée. T. 39°4. Lait stérilisé. Grogs. 2 bains de vin aromatique. Vers 3 heures 30, mort.

OBSERVATION II

Placement d'un lacs dans l'aine antérieure (N° 170 de 1892).

L'abaissement du pied antérieur est impossible, en raison de l'engagement du siège, qui se trouve en gauche transverse, au fond de l'excavation, commençant à solliciter le détroit inférieur. La hanche antérieure n'est pas encore engagée sous l'arcade pubienne. A l'aide de l'index de la main droite, tout entière introduite, M. Varnier accroche aisément l'aine antérieure, sur laquelle il passe un lacs qui est repris par l'index de la main gauche, tout entière introduite. A la contraction suivante, aidée par la poussée abdominale, et une traction insignifiante sur le lacs, dirigée presque directement en bas, la hanche antérieure ouvre la vulve. Une autre contraction suffit pour produire la bascule de la hanche postérieure, qui se dégage. Le tronc se déroule, avec les membres inférieurs relevés en attelle, en même temps que le dos tourne en avant. On s'abstient de tirer, on abaisse seulement le tronc. Les membres supérieurs sortent fléchis sur le thorax, en même temps que le dos se tourne directement en avant et que la bouche apparaît à la vulve. Le fœtus respire bruyamment. On renverse le dos du fœtus sur le ventre de la mère, et on laisse le dégagement de la tête se faire spontanément. Le lacs n'a pas laissé de traces au niveau de l'aine antérieure.

OBSERVATION III

Fibrome volumineux du segment inférieur de l'utérus. — Abaissement du pied. — Mort du fœtus (N° 1,898 de 1895).

Le 30 novembre, à 9 heures du soir, la parturiente ressent les premières douleurs. Le siège est en bas, dos à droite. Bruits du cœur bons, col dévié en haut, derrière la symphyse pubienne, et tout le segment inférieur est rempli d'une tumeur ayant une mollesse particulière, et n'ayant rien de comparable à celle qui avait été observée pendant la grossesse.

1^{er} déc. — Bruits du cœur moins bien frappés. Dilatation : 2 fr. Il n'y a plus trace de tumeur, qui est remontée, sinon un peu d'empatement à droite. Le siège est fixé et tend à s'engager, les membranes sont rompues. Expulsion du méconium. Bruits du cœur normaux. A 8 h., dilatation : paume de main. La tumeur est presque complètement remontée dans la cavité abdominale, le siège s'est décomplété. A 9 h. m., la dilatation n'est pas tout à fait complète, la parturiente pousse, le siège descend. On voit se dessiner très nettement au-dessus du

pubis la tumeur qui forme à gauche une éminence, haute de 14 cm. et qui est séparée de la tête par un méplat très prononcé. Bruits du cœur de plus en plus lents.

On essaie d'introduire un ballon Champetier pour dilater les parties molles, mais dès que l'on touche à la vulve, la femme pousse, et il est impossible, de l'introduire.

10 h. — On ne sent plus le bourrelet du col. Le siège s'est engagé, et la tumeur est encore remontée de 2 cm. Pensant que la tumeur située au niveau du thorax de l'enfant empêche d'entendre les battements du cœur, on administre du chloroforme, on introduit la main gauche pour l'abaissement du pied. Les deux membres inférieurs sont relevés le long du corps et étroitement serrés contre lui au niveau du détroit supérieur, comme par un anneau, et toute la partie inférieure du fœtus se trouve comprimée par une sorte de canal musculaire, formé par la tumeur. On ne sent plus de battements dans le cordon. L'un des pieds, le postérieur, est abaissé assez facilement. L'extraction est très facile jusqu'aux épaules, mais les bras, qui sont relevés au dessus du détroit supérieur, sont abaissés avec peine.

La tête s'engage facilement et est extraite sans trop de difficulté.

V. — EXTRACTION DES MEMBRES INFÉRIEURS

Les petites parties, appuyant inégalement sur les parois périnéales, peuvent occasionner des déchirures en restant trop longtemps en contact avec celles-ci. Enfin, dans certains cas, il y a indication de terminer l'accouchement; aussi est-on obligé de dégager les membres inférieurs.

Cette opération a été faite 3 fois chez les primipares et 4 fois chez les multipares.

VI. — DÉGAGEMENT DU SIÈGE

A été fait chez une multipare à bassin normal, chez une multipare à bassin rétréci, chez deux primipares à bassin rétréci.

VII. — DÉGAGEMENT DU TRONC

Chez deux primipares à bassin rétréci, chez six multipares à bassin normal.

VIII. — DÉGAGEMENT DES BRAS

Les deux bras ont été dégagés chez trente-six primipares et quarante-trois multipares à bassin normal, le bras antérieur seul chez quatre primipares à bassin normal. Le bras postérieur seul chez 3 primipares et 4 multipares à bassin normal. Dans les rétrécissements, les deux bras ont été dégagés 5 fois chez les primipares, 4 fois chez les multipares. Le bras postérieur seul 2 fois chez les multipares.

IX. — EXTRACTION DES ÉPAULES

Cette opération est rendue souvent difficile par la rétraction du col. On procède par mouvements de latéralité alternatifs. En général, on dégage l'épaule postérieure la première. L'antérieure peut être convertie en postérieure.

On a pratiqué 7 fois l'extraction des épaules.

Extraction des deux épaules chez deux primipares et deux multipares à bassin normal, chez une multipare et une primipare à bassin rétréci.

Extraction de l'épaule antérieure seule chez une multipare à bassin normal.

X. — MANŒUVRE DE MAURICEAU

La manœuvre de Mauriceau, constitue le dernier temps non obligé, de l'accouchement par le siège. Certains accouchements peuvent se terminer sans son aide, elle n'en reste pas moins très employée. Notre statistique nous en donnant une proportion d'environ 77 %, nous devons donc lui consacrer un paragraphe important.

Elle repose sur le principe d'accommodation, qui régit tous les temps de l'accouchement, et a pour but d'adapter aux diamètres du détroit inférieur les diamètres de la tête. L'extrémité céphalique, étant dans l'excavation, en transver-

sale, et, ne pouvant être dégagée dans cette position, sans faire courir des risques à la parturiente, on la fléchit d'abord, à l'aide d'un ou deux doigts portés dans la bouche, on ramène ensuite le menton en arrière sur la ligne médiane, et, la rotation ainsi faite, on peut alors exercer les tractions.

Il nous a paru intéressant de rapporter ici, la description qu'a faite Mauriceau, de la manœuvre qui porte son nom (Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1681, tome I, livre 2).

« Si la tête, dit-il, est grosse, elle peut être arrêtée au passage ; en ce cas, il ne faut pas s'amuser à tirer seulement l'enfant par les épaules, car, quelquefois, on ferait plutôt quitter et séparer le col que de l'avoir ainsi, mais, pendant que quelqu'autre personne tirera par les deux pieds ou au-dessus des genoux, le chirurgien dégagera peu à peu la tête d'entre les os du passage, ce qu'il fera en glissant doucement un ou deux doigts de la main gauche dans la bouche de l'enfant, pour en dégager premièrement le menton, et de la main droite, il embrassera le derrière du col de l'enfant, au-dessus de ses épaules, pour le tirer ensuite avec l'aide d'un des doigts de sa main gauche, mis dans la bouche de l'enfant, pour en dégager le menton, car c'est cette partie qui contribue davantage à retenir la tête au passage — observant aussi de le faire le plus promptement possible, de peur que l'enfant ne soit suffoqué, comme il arriverait indubitablement, s'il demeurerait ainsi pris et arrêté, parce que le cordon de l'ombilic qui est au dehors, étant refroidi, et fortement comprimé par le corps, ou par la tête de l'enfant qui reste trop longtemps dans le passage, l'enfant ne peut plus, pour lors, être vivifié par le moyen du sang de la mère dont le mouvement est arrêté dans ce cordon. C'est pourquoi, lorsqu'on aura commencé de tirer l'enfant, il faut tâcher de le faire sortir le plus tôt qu'on le pourra. »

Difficultés

La manœuvre de Mauriceau réussit dans la grande majorité des cas.

Elle peut, cependant, être très difficile, quelquefois même impossible. Les difficultés tiennent, d'après ce que nous avons pu voir, dans nos observations :

- 1° A la résistance des parties molles ;
- 2° A la rétraction du col ;
- 3° A l'épuisement de la parturiente, qui, ne pouvant plus pousser, ne peut ainsi seconder les efforts de l'accoucheur ;
- 4° Aux rétrécissements et tumeurs du bassin ;
- 5° Au gros volume de la tête (hydrocéphalie) ou à une malformation (spina bifida) ;
- 6° A sa déflexion ;
- 7° A la rotation de l'occiput en arrière.

Nous avons relevé 17 cas où la manœuvre de Mauriceau fut difficile :

1° *Résistance des parties molles*. — Observée 3 fois, et toujours chez des primipares, ce qui se comprend d'ailleurs facilement, étant données la tonicité plus grande des tissus et l'étroitesse du conduit vaginal.

OBSERVATION IV

Siège décomplété mode des fesses. — Manœuvre de Mauriceau difficile par résistance du périnée (N° 1,749 de 1892).

Primipare, 22 ans, enceinte de 8 mois. — Au moment de la dilatation complète, rupture spontanée des membranes. M. Bouffe fait alors l'abaissement prophylactique du pied, le siège étant sur le périnée. La partie du tronc située au-dessus de l'ombilic se dégage en transversale. M. Bouffe commence l'extraction de la tête, par la manœuvre de Mauriceau, mais le périnée présente une résistance exagérée. M. Lepage est obligé de terminer l'extraction.

Enfant né en état de mort apparente, 2,470 gr. Aspirations à l'aide de l'insufflateur. On retire du sang presque pur, de la bouche et des fosses nasales ; à ce moment, l'enfant crie : l'extraction était terminée depuis 3 minutes. Enfant sorti de la clinique bien portant.

2° *Rétraction du col utérin sur le cou ou la tête*. — On l'observe principalement, quand l'extraction a été faite avant la dilatation complète. Complication grave, elle nécessite

parfois l'emploi du chloroforme et la force de plusieurs opérateurs; nous en rapportons 4 observations. Autrefois, dans les cas de ce genre, on pratiquait la saignée, afin de « diminuer l'éréthisme ».

Cette pratique est complètement abandonnée de nos jours. On la remplace avantageusement par l'anesthésie.

Le chloroforme a été administré à deux femmes.

Chez l'une, primipare, l'abaissement prophylactique du pied et le dégagement des bras avaient été faits. L'enfant, du poids de 3,130 gr., né en état de mort apparente, fut insufflé pendant 2 heures, sans succès.

Les autres sont des multipares.

Chez la première, l'enfant naquit vivant, pesant 2,620 gr. Chez la 2^e, on avait opéré des tractions sur le pied antérieur descendu à la vulve. L'enfant ayant souffert, l'extraction fut faite avant la dilatation complète. Deux opérateurs essayèrent successivement la manœuvre. L'enfant, pesant 3,630 gr., naquit étonné.

Chez la dernière, le cordon procident n'avait pu être réduit même sous chloroforme; les bras étaient défléchis. L'enfant, pesant 3,100 gr., ne put être ranimé, malgré une insufflation de 40^m.

OBSERVATION V

Femme éclamptique. — Manœuvre de Mauriceau difficile par rétraction de l'orifice utérin. — Mort de l'enfant (N^o 438 de 1898).

Primipare albuminurique, ayant déjà présenté, avant son entrée, une crise caractérisée par une douleur dans la partie droite du corps, suivie d'une parésie des membres du côté droit et particulièrement du bras, mais sans perte complète de connaissance. Entre à la clinique le 15 mars, à minuit: diminution de force dans le bras droit: hébétude; 2 gr. de chloral; le terme de la grossesse est: 8 mois.

La malade n'est pas en travail.

A 8 h. du matin: contractions douloureuses, affaiblissement de l'ouïe, légère asymétrie de la face, troubles de la vue, difficulté de la parole.

1^{er} accès éclamptique à 9 heures 30 du matin. Chloroforme. Coma.

2^e accès, 10 h. 35 du matin. M. Pinard examine alors la

malade, constate une dilat. de 2 fr., et décide, vu l'état général grave, d'évacuer le plus tôt possible l'utérus.

La femme anesthésiée, M^{lle} Roze fait la dilatation manuelle. Introduction successive des doigts, puis de la main entière dans l'orifice qui se dilate facilement. Rupture artificielle des membranes, abaissement du pied. extraction du siège. Anse au cordon. Abaissement des bras : Au moment du dégagement de la tête on éprouve des difficultés énormes. L'orifice est rétracté. M. Paquy tente de refouler l'orifice. M^{lle} Rose, ne pouvant terminer l'extraction, la confie à M. Paquy. A 11 h. 50, extraction d'un garçon vivant, pesant 2,160 gr. né en état de mort apparente. Aspirations des mucosités, bains sinapisés, couveuse. Délivrance artificielle immédiate. Hémorragie, injection intra-utérine et tamponnement vaginal. Placenta truffé.

L'état général de la femme est meilleur.

T. maxima 38°4 le premier jour.

Depuis le 23 mars, on fait à l'enfant une injection de sérum salin (10 gr.); grogs; oxygène après chaque tétée; le 25 pas de garde-robe. Toux. Mort le 27 mars.

Femme sortie en bon état.

OBSERVATION VI

Rupture prématurée des membranes, utérus cordiforme. — Procidence du cordon. — Tentatives infructueuses de réduction. — Extraction avant la dilatation complète. — Rétraction de l'orifice utérin sur la tête. — Mort de l'enfant (N° 1,033 de 1898).

Secondipare. — Un accouchement normal en 1896. Pour la grossesse actuelle, les dernières règles datent du 15 octobre. Le 17 juin 1898, à dix heures du soir, rupture des membranes, sans aucune douleur. La femme vient à la consultation à 9 heures du matin, le 18 juin, sans dire qu'elle a perdu les eaux. L'utérus est cordiforme. Présentation du siège en S. G. Dilatation : petite paume, orifice très dilatable. On trouve dans le vagin un paquet de cordon.

A la salle de travail, M. Baudron, la femme étant endormie, fait plusieurs tentatives de réduction, sans résultats. Pendant ces manœuvres, le siège s'engage plus profondément, et, la dilatation étant presque complète, on pense qu'elle sera suffisante pour permettre l'extraction, car les battements deviennent peu perceptibles, et l'engagement du siège est trop profond pour qu'on puisse introduire un ballon. La femme est placée en posture obstétricale. Les membres inférieurs, le tronc, sont dégagés sans de trop grandes difficultés. Les deux bras sont relevés. M. Pinard extrait le bras postérieur, puis l'autre. On veut faire la manœuvre de Mauriceau, mais l'orifice est forte-

ment rétracté sur la tête. A l'aide de tractions lentes et soutenues, faites successivement par M. Pinard, M. Baudron, M. Veret, pendant environ dix minutes, et pendant lesquelles on refoule l'orifice, on parvient à extraire la tête.

L'enfant, très pâle, dont le cœur battait encore, est insufflé sans résultats pendant quarante-cinq minutes.

Après l'extraction de la tête, on constate que l'orifice utérin ne présente pas de lésions.

3° *Épuisement de la parturiente.* — Une femme, multipare, épuisée par le travail, ne pouvait plus pousser. On dut aider la manœuvre par des pressions hypogastriques ;

4° *Rétrécissements du bassin.* — Ils sont signalés dans cinq observations. Dans ce cas, le dos peut tourner en arrière : nous en parlerons dans un prochain chapitre ;

5° *Le volume de la tête fœtale* joue également un grand rôle. La manœuvre de Champetier remédie à cet inconvénient. Il en est de même de l'hydrocéphalie et des malformations, telles que le spina-bifida. Nous en avons relevé un cas chez une primipare. L'enfant pesait 3,100 gr. Né vivant, il est sorti de la clinique en mauvais état ;

6° *Déflexion de la tête.* — Cette complication se produit surtout après des tentatives d'extraction. Le pronostic en est sérieux, car, l'accouchement étant retardé, le fœtus peut faire des mouvements inspiratoires et s'asphyxier. Nous en rapportons trois cas chez des primipares. Chez l'une, on avait dû dégager le bras ; chez une autre, les membres inférieurs : dans ce dernier cas, le fœtus, après avoir fait, pendant l'extraction, des mouvements inspiratoires, était né en état de mort apparente, et avait dû être insufflé ;

7° *Rotation de l'occiput en arrière.* — Cette complication sérieuse, rend quelquefois la manœuvre de Mauriceau impossible.

Mauriceau disait (1) : « Il faut prendre garde que l'enfant ait le ventre et la face directement en dessous, pour éviter que, l'ayant en-dessus, la tête ne vint à être arrêtée vers le menton par l'os pubis » « on le fera facilement si, dès

(1) Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1681, t. I.

qu'on commence à tirer l'enfant par les pieds, on les incline en les tournant peu à peu, à proportion qu'on en fait l'extraction, jusqu'à ce que les talons regardent directement le ventre de la femme. » La tête suit en général le mouvement après les épaules, mais, si l'enfant est mort : « le col devenu mollassé et sans fermeté ne contribue pas à faire tourner la tête en bonne situation. Il faut alors introduire la main, la glisser aplatie sur la face de l'enfant, de façon à la faire tourner, et même en lui mettant quelques doigts dans la bouche, observant cependant de tourner avec son autre main le corps de l'enfant, ou de le faire tourner par une autre personne, pour lui faire suivre en même temps le mouvement qu'on donne à la tête, car, si l'opérateur voulait faire tourner la tête sans le col, ou le col sans la tête, il lui torderait le col. »

Levret (1) n'est pas partisan de confier le corps à un aide : en effet celui-ci peut être inhabile et, s'il comprend mal les indications de l'accoucheur, il peut en résulter un mouvement en sens inverse qui tordrait le cou. L'aide pourra à la rigueur tenir le corps mais sans opérer sur lui de tractions.

Levret dit encore qu'il faut : « 1^o repousser en partie le corps dans la matrice, afin d'éloigner le menton des os pubis de la mère; 2^o prendre l'intervalle des douleurs, pour faire ce coup de main, moment où toutes les parties sont en relâche. »

Nous avons recueilli 3 observations de rotation de l'occiput en arrière, chez 2 primipares et 1 multipare : l'une des primipares avait le bassin rétréci : la manœuvre fut difficilement effectuée. L'enfant, difficilement ranimé, meurt 27 h. après l'extraction. A l'autopsie, on trouve un abcès volumineux de la capsule surrénale.

Chez l'autre primipare, la manœuvre fut impossible.

(1) Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux, p. 46 et suivantes.

OBSERVATION VII

Présentation du siège complet en S. G. transversale. — Bassin vicié. — Pro-cidence du cordon. — Difficultés de l'extraction. — Orientation de l'occiput en arrière (N° 54 de 1893).

La femme entre à la clinique le 12 janvier, ayant commencé à souffrir à une heure du matin et ayant à ce moment perdu les eaux. Le siège est en G. T. Dilatation : 1 fr. ; à 9 h. 10, dilatation : paume de main. On abaisse alors le pied gauche. A 10 h. 45, la dilatation est stationnaire. Au niveau de l'orifice et à droite, on sent une anse de cordon animée de battements. Un instant après M^{lle} Roze constate que les battements ont cessé. Les bruits cardiaques sont très ralentis. Bien que la dilatation soit incomplète, le fœtus étant très petit, M. Lepage commence l'extraction à 11 heures, mais très lentement. Pendant que le siège se dégage, on remarque le cordon faisant un circulaire autour de la jambe droite. Les épaules sont dégagées, et la tête extraite par la manœuvre de Mauriceau avec une grande difficulté. Les difficultés de l'extraction ont été : 1° l'orientation du dos du fœtus en arrière ; 2° la déflexion des bras ; 3° l'arrêt de la tête au niveau du détroit supérieur, dans l'excavation, et au niveau de l'orifice utérin. Le cordon était comprimé au niveau du creux poplité.

L'enfant naît à 11 h. 15 en état de mort apparente. Désobstruction du larynx ; insufflation ; bains sinapisés ; première inspiration à 11 h. 34.

L'enfant a perdu du sang par le nez. Il meurt le 13 janvier, à 5 heures du matin. Fille, 2,070 gr. Autopsie : abcès volumineux de la capsule surrénale.

La manœuvre est impossible. — Toutes les causes que nous venons de passer en revue et qui créent les difficultés, peuvent également être invoquées ici ; nous n'y reviendrons pas, nous contentant d'exposer la pratique conseillée par les auteurs, et suivie à la clinique.

Deux cas sont à considérer : L'enfant est vivant ; l'enfant est mort.

1° *L'enfant est mort.* — Dans cette dernière conjoncture, on doit faire la *basiotripsie*. L'opération bien conduite permet une extraction plus rapide qu'avec les autres manœuvres, qui, dans certains cas, sont d'ailleurs absolument inefficaces.

Nous avons trouvé trois observations de *basiotripsie*, chez deux primipares et une multipare. Une primipare présentait

un rétrécissement du bassin, existant aussi chez la multipare. Dans le premier cas, la femme avait subi, quatre années auparavant, une opération de Schröder. L'extraction de la tête étant impossible, on se contenta de perforer le crâne, sans appliquer les cuillers du basiotribe. La tête put alors être facilement dégagée. Enfant de 2,262 gr. La femme meurt 25 minutes après l'accouchement, ayant présenté pendant le travail des phénomènes d'infection et un état général mauvais qui déterminèrent une intervention avant la dilatation complète.

La deuxième observation a trait à une multipare à bassin rétréci. La tête reste maintenue au D. S. et les doigts sont tellement serrés qu'on ne peut arriver à la bouche. L'enfant pèse 4,180 gr., sans substance cérébrale. Curettage. — La dernière, multipare, était arrivée à la clinique avec le tronc du fœtus entre les jambes. Un médecin en ville avait tenté vainement l'extraction de la tête. L'enfant pèse 3,400 gr.

OBSERVATION VIII

*Rétrécissement du bassin. — Tractions faites en ville, pour extraire la tête.
— Basiotripsie (N° 1,830 de 1894)*

Quadripare de 43 ans, entre dans le service le 5 novembre 1894, à sept heures du soir. Cette femme déclare qu'ayant eu des douleurs depuis 10 heures du matin, le 5 novembre, et l'expulsion du fœtus ayant eu lieu, jusqu'à la tête, depuis une heure de l'après-midi, elle fit appeler un médecin qui fit, depuis 6 heures du soir jusqu'à son transfert à la clinique, des tractions sur le cou. Elle perd du sang en assez grande quantité, le tronc du fœtus est entre ses jambes. Rétrécissement du bassin, angle accessible.

La première grossesse s'est terminée en 1887, à terme, à l'aide de version par manœuvres internes, suivie d'embryotomie. 2^e grossesse, en 1892 : garçon, né spontanément et à terme, par le sommet : mort pendant le travail. Pour la grossesse actuelle, les dernières règles datent du 8 au 10 décembre.

À 10 heures du soir, M. Wallich constate que la tête n'est pas engagée : elle est en G. T. Il introduit alors le perforateur au niveau de l'occiput, le sent libre dans la cavité crânienne : très facilement il place la branche gauche à gauche et en arrière : petit broiement. Branche droite à droite et en avant : prise facile et solide, grand broiement. Tractions et extraction du

foetus à 10 h. 40 soir. Poids : 3,400 gr. sans substance cérébrale. Délivrance artificielle. Le placenta pèse 670 gr. Suites de couches normales. Femme sortie en bon état le 15 novembre.

OBSERVATION IX

Bassin vicié. — Siège décomplété mode des fesses. — Basiotripsie
(N° 2,139 de 1894).

Primipare de 19 ans, entrée dans le service le 21 décembre à 6 h. 35 soir. L'utérus mesure 0^m35 de hauteur, est très tendu. On sent au palper la tête au fond de l'utérus, le dos est à gauche. Le foyer d'auscultation à gauche au niveau de l'ombilic. Par le toucher on constate que la dilatation est de 5 fr. Les membranes sont rompues depuis 9 heures du matin. Le siège est en bas en G. T. et décomplété mode des fesses ; à 9 heures du soir la dilatation est complète ; à 9 h. 5 M^{lle} Roze fait l'abaissement prophylactique du pied, rendu très difficile par le gros volume du fœtus et l'engagement partiel du siège. Pendant cette manœuvre le fœtus fait des mouvements d'inspiration ; on fait alors l'extraction du siège, on dégage avec peine les bras qui sont relevés. La tête ne peut être extraite, en effet elle reste maintenue au D. S. et les doigts sont tellement serrés qu'on ne peut plus arriver à la bouche. Malgré toutes les tentatives, on ne parvient pas à engager la tête. L'enfant succombe.

M. Pinard termine par une basiotripsie.

11 h. 35, introduction du perforateur, puis de la 1^{re} branche, petit broiement terminé à 11 h. 40. Introduction de la 2^e branche, la substance cérébrale s'écoule. Extraction de la tête à 11 h. 45. Le placenta décollé est expulsé derrière le fœtus. Injection intra-utérine. L'enfant pèse 4,180 gr. sans substance cérébrale.

Le 2 mars cette femme a T. 39°4 le soir. Le 3, M. Wallich pratique le curettage et retire de nombreux débris.

6 mars, matin, 39°6, nouveau curettage, on ne retire que des caillots sanguins.

Sortie le 19 décembre.

2° L'enfant est vivant. — On peut essayer : 1° l'extraction en position transversale ; 2° une application de forceps ; 3° la manœuvre de Champetier ; enfin, 4° dans les cas de rétrécissements accentués, la symphyséotomie.

L'extraction en position transversale, qui est une manœuvre de Mauriceau incomplète, a été faite chez une primipare à sacrum plat, la rotation ayant été impossible : Cette méthode n'est pas exempte de dangers.

OBSERVATION IX

Présentation du siège mode des fesses en G. T. — Sacrum plat, abaissement du pied impossible. — Tête dégagée en transversale (N° 723 de 1893).

Il n'a pas été possible d'abaisser le pied, les organes génitaux étant à la vulve, et par suite de l'indocilité de la malade à laquelle on n'avait pas donné de chloroforme.

Le bras postérieur, puis l'antérieur sont dégagés. La tête est extraite par la manœuvre de Mauriceau, mais il est impossible de faire la rotation. La tête est dégagée en transversale, menton à droite. Le fœtus naît vivant, garçon : 2,560 gr. Bi P. 9,6. Bi T. 8,2.

L'application de forceps sur la tête dernière a été préconisée par un certain nombre d'auteurs. Levret, dans son livre (Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux), après avoir signalé quelques inconvénients de l'extraction manuelle, insiste particulièrement sur l'emploi de son instrument. Si l'extraction par ce moyen est plus facile, c'est souvent au détriment de l'enfant, qui court tous les risques de la compression.

M. Pinard n'étant pas partisan du forceps, nous ne pouvions trouver de nombreux cas dans lesquels il fut appliqué.

Un seul est signalé. La femme présentait un fibrome volumineux, paraissant indépendant de l'utérus. L'enfant naquit en état de mort apparente (N° 1,193 de 1894).

IV. — MANŒUVRE DE CHAMPETIER DE RIBES

Cette manœuvre est surtout indiquée lorsqu'il existe une disproportion marquée entre les diamètres de la tête fœtale et les diamètres du détroit supérieur.

Si le bassin est rétréci (1), la tête, arrivée en transversale au D. S., commence par se défléchir ; dans cette position, la progression est impossible, car la tête est comme posée sur trois pieds, formés : en arrière, par la proémi-

(1) Farabeuf et Varnier.

nence du promontoire (bassin rachitique pris comme exemple), arrêtant la bosse pariétale postérieure ; en avant, par les crêtes du pubis et les éminences ilio-pectinées, arrêtant : l'une, l'os malaire, l'autre, la région sus-mastoïdienne.

Par une rotation légère, poussant la face en arrière, on dégage le pariétal postérieur (la tête est mise ainsi en position oblique). Cette rotation permet en outre la flexion en plaçant le pariétal postérieur au devant de l'aileron sacré, partie large.

Le front s'enfonçant, l'occiput se relève, et ne déborde plus le contour pelvien.

Mais la flexion a ramené devant la saillie du promontoire la bosse pariétale postérieure. Pour la dégager, on doit refouler la tête, de droite à gauche ou de gauche à droite, suivant la position primitive de l'occiput. Le diamètre Bi T. occupe ainsi devant le promontoire la place occupée précédemment par le Bi P. plus développé, et qui correspond maintenant à la partie du bassin située au-devant de l'aileron. La tête descend alors, la bosse pariétale s'engageant la première.

« La manœuvre de Champetier a donc deux résultats : Elle prépare l'engagement (orientation, flexion, refoulement), elle l'exécute ensuite (abaissement de la bosse pariétale postérieure, puis de l'antérieure) ».

Pour l'exécuter, deux aides sont nécessaires. L'accoucheur va à la recherche de la bouche, dans laquelle il introduit deux doigts. Il enfonce le menton en arrière. Pendant ce temps, l'aide principal, agenouillé sur le lit, presse sur le front du fœtus et le refoule vers le côté opposé du bassin (flexion). — L'accoucheur, de son autre main, enserre le cou. Le deuxième aide tient les pieds. Tractions en avant d'abord, puis en arrière pour l'engagement des deux bosses pariétales. Terminaison par la manœuvre de Mauriceau.

La manœuvre de Champetier a été exécutée onze fois, chez six primipares et cinq multipares. Deux primipares et une multipare présentaient un rétrécissement du bassin.

N° 319 de 90. Primipare, enfant de 2,860 gr. Bi P. : 9,5 ; Bi T. : 8. Aucune difficulté. Déchirure du périnée. Né vivant.

N° 1,685 de 92. Primipare, enfant de 3,500 gr. né en état de mort apparente. Champetier difficile : Bi P. : 10 ; Bi T. : 8,2 (V. Obs.).

N° 1,373 de 95. Primipare, enfant de 3,450 gr. Bi P. : 10,1 ; Bi T. : 9,1. Né vivant.

N° 1,940 de 96. Primipare, enfant de 3,320 gr. né étonné. Bi P. : 10,3 ; Bi T. : 9.

N° 104 de 95. Primipare : D. p. sp. 10,8. Enfant de 2,670 gr. Bi P. : 9,6 ; Bi T. : 8,7. Mort apparente. Enfoncement du pariétal gauche.

N° 37 de 89. Primipare : D. p. sp. 10. Enfant de 2,720 gr. né étonné.

N° 1,503 de 94. Multipare, enfant de 2,330 gr. Bi P. : 9,1 ; Bi T. : 8,2. Mort apparente. Mort le lendemain (V. Obs.).

N° 450 de 96. Multipare, enfant de 3,110 gr. né étonné. Bi P. : 10,2 ; Bi T. : 9.

N° 1,004 de 97. Multipare, enfant de 3,720 gr. né étonné. Bi P. : 11 ; Bi T. : 9,2.

N° 1,710 de 98. Multipare, enfant de 2,350 gr., tête défléchie. Bi P. : 9,3 ; Bi T. : 8,3. Né étonné.

N° 2,073 de 98. Multipare, bassin oblique ovalaire. Enfant de 3,400 gr. Bi P. : 9,4 ; Bi T. : 8,4. Mort apparente (V. Obs.).

OBSERVATION X

Siège complet. — Accouchement prématuré au 8^e mois. — Enfant mort le lendemain. — Manœuvre de Champetier (N° 1,503 de 1894).

Quadripare, 26 ans. Trois accouchements spontanés dont un à 7 mois. La femme entre à la clinique le 15 septembre, à 7 heures du soir.

Début des douleurs à 10 heures du matin. Rupture des membranes à 6 heures soir. A son entrée, on constate que le siège complet en G. A. est dans l'orifice vulvaire. B. d. c. normaux. On engage la femme à pousser. Le dégagement du tronc est facile, mais une fois les épaules au dehors, l'orifice utérin est resserré sur le cou. On tente la manœuvre de Mauriceau, mais il est impossible d'extraire la tête. On fait alors la manœuvre de Champetier, pendant qu'une autre personne repousse fortement l'orifice utérin. A ce moment, le fœtus fait des inspirations. Il est extrait à 7 h. 20, présentant à peine quelques battements.

Désobstruction des voies respiratoires. Insufflation. Première inspiration spontanée, 10 minutes après la naissance. On continue l'inspiration. La respiration se régularise. L'enfant se colore, ouvre les yeux. Bain sinapisé. Ranimé à 7 heures 45. Couveruse. 2,330 gr. Bi P. : 9,1 ; Bi T. : 8,2. Mort le lendemain.

OBSERVATION XI

Manœuvre de Champetier (N° 1,681 de 1892).

Primipare, à terme, entre à la salle de travail le 3 décembre, à 9 h. 10 matin. Siège décompleté mode des fesses. M. Pinard abaisse le pied et charge M. Farabeuf de continuer. La femme, à qui on cesse le chloroforme, a quelques contractions. L'enfant est gros et l'extraction nécessite de grands efforts. M. Pinard intervient ; il dégage le bras postérieur, puis l'antérieur. M. Farabeuf essaie la manœuvre de Mauriceau. Les parties molles étant étroites et résistantes, il doit céder la place à M. Pinard, qui bientôt la cède lui-même à M. Lepage. La manœuvre de Champetier est exécutée, un aide faisant des pressions hypogastriques. L'enfant est extrait à 10 h. 20, en état de mort apparente. Tractions rythmées de la langue. Insufflation. Premier cri à 10 h. 45. Bi P. : 10 ; Bi T. : 8,2.

Des incidents de l'accouchement

1^o *Procidence du cordon*. — Cette complication s'observe principalement, d'après M. Pinard, quand l'accommodation pelvienne, au cours du travail, fait défaut.

On la rencontre chez les multipares plus souvent que chez les primipares ; dans les déviations ou les malformations de l'utérus ; les rétrécissements du bassin : l'engagement étant plus tardif chez les multipares ; les déviations utérines favorisant les présentations vicieuses ; les rétrécissements du bassin laissant des vides, que vient combler le cordon.

L'insertion du placenta sur le segment inférieur, la longueur exagérée du cordon, son excès de volume, sa gracilité, les présentations vicieuses, les tentatives maladroites de version, l'accouchement provoqué, entrent également dans son

étiologie ; enfin le cordon peut descendre au moment de l'extraction.

Dans notre statistique, outre la présentation du siège, nous trouvons :

Hydramnios : 1 cas ; utérus bicorne : 1 ; cloison vaginale avec 2 cols : 1 ; insertion du placenta sur le segment inférieur : 4 ; cyphoscoliose de la région lombaire : 1 ; rétrécissements du bassin : 3.

Deux enfants pesaient moins de 2,000 grammes.

Version externe, tentée dans 2 cas. Dans 2 observations le cordon est descendu avec le pied au moment où on en faisait l'abaissement prophylactique ; dans une autre au moment de la rupture des membranes.

Sur les 26 femmes observées, 11 étaient primipares et 15 multipares.

Le siège décomplété mode des pieds nous a donné le plus grand nombre de procidences : 5 sur 7 observations.

Le siège complet en donne 15 sur 124 et le siège décomplété mode des fesses, 6 sur 116.

On reconnaît différentes variétés de procidence du cordon. Nous avons observé les suivantes : Temporaires, 2 cas à 2 fr. ; à la vulve, 1 cas ; autrefois on accusait le froid, agissant sur le cordon à la vulve de déterminer dans les vaisseaux des coagulations susceptibles d'entraîner la mort, dont la cause réelle est la compression. Procidence du cordon et de la main droite : 1. 2 cas de procubitus.

Le pronostic de la procidence du cordon, toutes les variétés de présentations étant réunies, est grave pour l'enfant. Depaul donne une mortalité de 67 %, Stoltz accuse 52 morts sur 56 cas. Tarnier 10 sur 29. Ce pronostic est modifié par différents facteurs. C'est ainsi qu'il faut tenir compte :

1^o De la présentation : les présentations du sommet étant les plus défavorables.

2^o Du niveau auquel se fait la procidence ; lorsque l'anse est située au-devant de l'une des symphyses sacro-iliaques, il y a des risques de compression moins grands ;

3° De l'état des membranes : intactes, le liquide amortit le choc ;

4° De la rapidité avec laquelle s'accomplit l'accouchement.

Dans les présentations du siège, il est facile d'intervenir, le cordon est d'ailleurs moins comprimé par l'extrémité pelvienne, plus malléable, que l'extrémité céphalique.

Quatre enfants sont morts pendant le travail, trois après l'accouchement ; de ceux-ci, nous devons distraire un enfant mort 27 heures après la naissance et à l'autopsie duquel on trouva un abcès volumineux de la capsule surrénale. Ce qui nous donne une proportion un peu inférieure à 24 %.

Ce chiffre, moins élevé que ceux donnés par les auteurs que nous avons cités, n'en reste pas moins éloquent.

La procidence du cordon doit donc être réduite, opération délicate et souvent difficile.

Si la dilatation est incomplète on a recours au ballon : deux cas.

Dans deux cas la manœuvre réussit.

Dans un autre, réduite une première fois, la procidence se reproduit dans le cours du travail.

Dans un cas la manœuvre échoua, même avec l'aide du chloroforme.

Dans un autre, on ne put réduire, par suite de l'engagement trop prononcé et de la rétraction utérine. Dans un troisième, l'essai de rétropulsion fut rendu impossible par des contractions énergiques ayant amené l'expulsion rapide.

OBSERVATION XII

Siège décomplété mode des pieds. — Procidence du cordon (N° 1,581 de 1891).

La femme, secondipare, arrive à la clinique à 8 heures du soir le 9 décembre 1891 ; à 5 heures du matin, dit-elle, sans cause, elle a perdu les eaux, et perçu immédiatement les premières douleurs, la quantité de liquide amniotique était très faible. Au palper, on remarque que l'utérus est presque constamment tendu, fond dévié à droite. Au détroit inférieur tumeur irrégulière, molle, plus dure à droite qu'à gauche. Tête au fond de l'utérus et à droite. Auscultation négative. Toucher :

pied droit à la vulve. Dans le vagin, sont descendus : la jambe droite, et la moitié inférieure de la cuisse, genou par conséquent au-dessous de l'orifice utérin ; pied gauche immédiatement au-dessus de l'orifice, talon à droite. En outre on trouve dans le vagin une anse de cordon prolabé qui arrive à la vulve. L'anse mesure environ 20 à 30 centimètres, on n'y sent plus de battements. — Dilatation entre 2 et 5 fr. ; à un autre examen pratiqué 2 minutes après le premier, on perçoit des battements lents dans le cordon. Ceux-ci augmentent de fréquence, et à un moment donné, on compte de 100 à 110 pulsations. Ce rythme ne tarde pas à se modifier, les battements deviennent lents, irréguliers.

Introduction du ballon par M. Potocki. Avec la main gauche, rétropulsion du cordon, saisi à pleine main : opération assez difficile, car au fur et à mesure qu'une portion rentre dans l'utérus, une partie voisine redescend dans le vagin. La rétropulsion est à peu près définitive au bout de 2 à 3 minutes. Le pied gauche a été repoussé en même temps. Quant au pied droit, il est encore à la vulve.

Pendant que sa main gauche, encore dans l'utérus, retient le cordon et le pied gauche, M. Potocki repousse en haut, avec la main droite, le pied droit. La jambe remonte, le genou rentre dans l'utérus, et la jambe se fléchit. Toutes les procidences sont réduites. A aucun moment de ces manœuvres, le doigt n'a perçu de battements dans le cordon. Le ballon est alors introduit dans l'utérus vers la gauche, et, la pince enlevée, un aide le gonfle lentement. Quand il est aux $\frac{3}{4}$ rempli, le cordon descend à côté de lui et se place entre la paroi utérine et le ballon. La main gauche repousse de nouveau le cordon au-dessus du ballon qu'on gonfle rapidement au maximum. Ballon tiré en bas pour qu'il s'applique exactement sur le segment inférieur. Auscultation négative ; il est 9 h. 20 ; à 10 h. 45 le robinet du ballon est trouvé ouvert. On retire le ballon vide, le pied droit redescend à la vulve. La dilatation étant complète, M. Pinard fait procéder à l'extraction du fœtus.

Enfant mort-né ; pas de battements cardiaques. Insufflations sans effet.

OBSERVATION XIII

Tentatives de version externe. — Procidence du cordon impossible à réduire. Enfant mort. — Rigidité cadavérique (N° 125 de 1898).

Primipare, présentation du siège en S.I.D. : au toucher, col complètement effacé. Dilatation 2 fr., poche des eaux rompue. On arrive immédiatement sur le cordon, qui se trouve en avant des membres ; les battements sont encore perçus, mais très ralentis et très affaiblis. Les tentatives de réduction sont infruc-

tueuses. Les battements deviennent très rares, et finissent par disparaître complètement.

On juge alors inutile toute intervention. Une anse de cordon d'environ 3 c. fait hernie à la vulve. A 6 heures du soir, dilatation complète. On fait pousser la femme. Le pied postérieur se dégage et apparaît à la vulve, puis le pied antérieur, ensuite, le siège, le tronc. Le bras gauche est abaissé, puis le droit. Manœuvre de Mauriceau facile, la tête ayant subi son mouvement de rotation. Extraction terminée à 7 h. 15. Fille, 2,750 gr. Rigidité cadavérique. Délivrance par extraction simple à 7 h. 50. Injection intra-utérine prolongée.

OBSERVATION XIV

Hydramnios. — Procidence du cordon impossible à réduire. — Mort de l'enfant (N° 1,229 de 1898).

La femme se présente à la clinique le 20 juillet 1898, à 4 heures du soir. Diagnostic : Siège complet en S.I.G. Hydramnios. Utérus : 38 c. avec tension très forte des parois, ne permettant pas de faire la version. Toute la nuit, les choses restent dans le même état.

21 juillet, 7 h. matin. Les membranes se rompent au-dessus de l'orifice utérin. Une grande quantité de liquide s'écoule. A 9 h., on constate une irrégularité dans les battements du cœur. On pratique le toucher qui permet de constater une dilatation de 5 fr. La poche des eaux, flasque, se rompt spontanément (2,300 gr. de liquide). Le siège n'est pas engagé, le cordon fait procidence. Celui-ci, situé entre les membres du fœtus, ne se trouve pas comprimé, de sorte que les battements persistent bons. M. Baudron fait préparer un ballon. Pendant ces préparations, le siège s'engage. La dilatation est presque complète.

L'utérus se rétracte sur le fœtus, ce qui rend l'application du ballon impossible; impossible aussi la rétropulsion du cordon. Celui-ci n'étant pas comprimé et la femme multipare, on laisse les choses en l'état.

A 10 h. 20, les bruits du cœur deviennent irréguliers; les pulsations du cordon sont à peine sensibles. M. Baudron abaisse un pied, la dilatation étant presque complète. La lèvre antérieure du col enserre la tête et rend difficile la manœuvre de Mauriceau. A 10 h. 25, l'enfant est extrait; on aspire les mucosités; on fait l'insufflation. Les battements du cœur, qui avaient cessé pendant l'extraction, reprennent. L'enfant fait quelques mouvements inspiratoires, mais ne crie pas. Après une demi-heure d'insufflation, la respiration s'établit; l'enfant pousse des gémissements et de faibles cris.

Poids : 3,150 gr. Mise en couveuse. Mort à 7 heures du soir.

2° *Procidence d'un membre.* — Les mêmes causes qui régissent la procidence du cordon pourraient être invoquées ici, toutes, tendant à empêcher l'accommodation pelvienne au moment du travail.

La procidence de la main, dans les présentations du siège, a moins d'importance que dans celles du sommet, elle peut cependant prolonger la durée du travail et à ce titre être considérée comme une complication.

Nous avons réuni 5 observations : 3 chez les multipares ; 2 chez les primipares. Dans un cas : bassin rétréci, et hydramnios. Dans un autre : rupture des membranes en ville, tentative de version ext.

Ces variétés de présentations étaient : Complet : 1 ; fesses : 2 ; pieds : 1 ; non spécifiée : 1.

La durée du travail a été de 59 h., 50 h., 1 h., 40 chez les multipares, la dernière ayant un rétrécissement.

De 35 h. chez une primipare. Elle n'a pas été spécifiée chez l'autre.

La main seule faisait procidence 2 fois.

Le membre supérieur droit, 2 fois.

Le cordon et la main droite, 1 fois.

Le ballon de Champetier a été employé dans 2 cas.

Un accouchement s'est fait spontanément.

On a tenté sans succès la réduction 1 fois.

Dans 2 cas le bras opposé était relevé.

Dans un autre, la manœuvre de Mauriceau fut difficile, le menton se trouvant au niveau de la symphyse pubienne.

Un enfant est né en état de mort apparente.

Un autre en asphyxie blanche.

Deux sont morts : L'un pendant l'extraction, ayant fait des mouvements inspiratoires incessants.

L'autre, né étonné, est mort de convulsions le troisième jour.

Cette mortalité infantile semble considérable ; il faut toutefois éliminer 1 cas, celui dans lequel l'enfant avait fait des mouvements inspiratoires, le cordon ayant été à ce moment vraisemblablement comprimé.

La coexistence de la procidence d'une main et du cordon

dont nous rapportons 1 exemple, est assez fréquente suivant les auteurs.

OBSERVATION XV

Présentation du siège décomplété mode des pieds. — Procidence du cordon et de la main droite. — Hydramnios. — Bassin vicié (N° 63 de 1891).

Entrée de la femme le 16 décembre 1891, au huitième mois de la grossesse. Les fémurs sont incurvés, les bosses frontales saillantes, les symphyses sacro-iliaques très saillantes (sacrum convexe). Diam. p. s. p. : 12 cm. Présentation du sommet.

Le 18 décembre : tête en haut, au fond de l'utérus ; le 19 : tête en bas, dos à droite (rectum plein de matières fécales) ; le 29 : successivement SIGA ; mode des fesses, OIGT ; la tête ne déborde pas ; tête en haut et à droite, dos à gauche ; 30 décembre : tête en bas, dos à gauche.

5 janvier. — Tête dans le flanc droit ; siège dans fosse iliaque gauche ; 13 janvier : tête en bas, dos à gauche.

14 janvier. — A son entrée à la salle de travail, où elle est amenée quelques heures après avoir perdu les eaux, on constate que l'utérus présente une forme irrégulière. Le fond remonte à 0^m31 au-dessus de la symphyse, sur la ligne médiane. Il est très développé au niveau de la corne droite, située au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, du même côté. Dans cette corne, se trouve une tumeur arrondie, qui est manifestement la tête. L'utérus est constamment tendu ; toutefois, on peut, à certains moments, percevoir le sillon du cou qui se trouve à droite. Le foyer d'auscultation est perçu au niveau de l'ombilic et sur la ligne médiane. Le toucher permet de constater l'existence des deux pieds, qui viennent s'arc-bouter derrière le périnée, et du cordon qui descend avec eux, et qui bat. On arrive également sur la main située en arrière et à droite.

La dilatation est un peu plus de 5 fr.

Il est impossible de songer à faire la version par manœuvres externes ou mixtes. Sur le conseil de M. Pinard, M. Lepage fait mettre la femme en travers, pour tâcher de rétropulser le cordon, mais la femme pousse, le siège descend ; les pieds apparaissent et se dégagent à la vulve. Il n'est pas besoin de faire une anse, qui, tout à l'heure, n'était que trop longue. Jusqu'au dégagement de la circonférence ombilicale, M. Lepage ne touche pas au fœtus, il engage la femme à pousser, mais le fœtus ne progresse pas. Les bras sont défléchis, on les abaisse, en commençant par le postérieur qui est très élevé. Assez grandes difficultés pour dégager le bras antérieur. La tête est élevée. En introduisant la main gauche, on a quelque difficulté à introduire deux doigts dans la bouche, qui regarde directement en avant. La tête est défléchie, menton en avant. Avec l'index et le médius on essaie de refouler la tête d'avant en arrière ; on peut accrocher la

commissure puis la bouche. La tête descend alors assez facilement, occiput à gauche. Le segment inférieur se laisse assez facilement traverser. L'enfant est légèrement étonné. C'est un garçon du poids de 3,290 grammes. Suites de couches : T. de 38 à 39°.

3° *Déflexion des bras.* — Lorsque des tractions ont été opérées sur le siège, principalement dans l'intervalle des contractions utérines, les bras se défléchissent, circonstance qui, en même temps qu'elle retarde l'expulsion, peut occasionner des accidents graves, causés par les difficultés de l'abaissement, tels que : fractures de l'humérus, de la clavicule.

Quelques auteurs, dit Mauriceau, « recommandent, pour empêcher que la tête ne soit arrêtée au passage, de n'abaisser seulement qu'un des bras de l'enfant et de laisser l'autre relevé, afin que, servant d'éclisse à son col, la matrice ne puisse se refermer avant que la tête de l'enfant soit entièrement passée. Mais, si le chirurgien sait bien prendre son temps, sans perdre l'occasion, il n'aura pas besoin de cette précaution qui arriverait bien plus tôt, s'il laissait un bras de l'enfant en haut ; car, outre qu'il occuperait par sa grosseur une partie du passage, qui n'est pas déjà trop large, c'est que, faisant pencher la tête d'un côté plus que de l'autre, il serait cause qu'elle ne manquerait pas d'être bien plutôt arrêtée par celui où le col de l'enfant ne serait pas éclissé. »

Nous avons relevé quinze observations de déflexion des bras ; c'est donc une anomalie assez peu fréquente.

Les deux bras étaient relevés dans dix cas : cinq fois chez des primipares ; cinq fois chez des multipares.

Déflexion d'un seul bras : cinq fois ; deux fois chez des primipares ; trois fois chez des multipares.

Dans trois cas le bassin était rétréci.

Nous avons noté une fracture de la clavicule chez une multipare à bassin oblique ovalaire. Obs. XIX.

OBSERVATION XVI

Siège décomplété mode des fesses. — Abaissement du pied antérieur. — Extraction rendue difficile par le redressement des bras.

L'abaissement du pied est difficile; M. Potocki, au bout d'environ 5 minutes, y parvient cependant, après avoir fait la manœuvre de M. Pinard. Les battements du cœur fœtal étant ralentis, on ne laisse pas le tronc se dégager spontanément, il s'engage d'ailleurs très lentement. Les bras relevés sont dégagés avec difficulté. Ce n'est qu'après des tractions énergiques qu'on arrive à dégager l'épaule postérieure. L'épaule antérieure ne se dégageant pas, M. Potocki transforme cette épaule en postérieure. Manœuvre de Mauriceau. L'enfant est en état d'asphyxie blanche; ranimé au bout de 10 minutes.

4° *Déflexion de la tête.* — Les mêmes causes peuvent être invoquées. Il faut aussi tenir compte de la disproportion existant entre le volume de la tête et les diamètres du détroit supérieur. Lorsque l'occiput tourne en arrière, le menton est accroché par le pubis, et la tête se défléchit: Dans ce cas, l'extraction est particulièrement pénible.

Nous avons réuni trois cas de déflexion de l'extrémité céphalique :

N° 1,860 de 94. — Primipare : siège complet. Enfant né en état de mort apparente, insufflé. A fait des mouvements inspiratoires. Poids : 3,010 gr. (v. obs.).

N° 1,710 de 98. — Multipare : variété de position non spécifiée. Manœuvre de Champetier. 2,350 gr.

N° 54 de 93. — Bassin vicié. Extraction faite avant DC pour souffrance du fœtus. Le dos s'oriente en arrière. Manœuvre de Mauriceau très difficile. 2,070 gr. Mort apparente. Mort le lendemain (abcès de capsule surrénale) (v. obs.).

OBSERVATION XVII

Siège complet. — Tête défléchie. — Extraction ayant nécessité l'intervention de 4 opérateurs (N° 1,860 de 1894).

Primipare, entre à la salle de travail le 12 novembre, à 4 h. 30 matin. Elle perd de l'eau, depuis la veille à 8 h. du soir. Premières

douleurs à 10 h. du soir. A son entrée, dilatation : 1 fr. Sièges complet engagé, B. d. c. normaux ; à 8 h. 10 matin, le 13, dilatation complète : la femme commence à pousser. Vers 8 h. 25 les membres inférieurs sont dégagés. On fait l'anse au cordon. Le fœtus fait des mouvements inspiratoires, tractions sur le siège. M. Wallich fait dégager le bras postérieur puis l'antérieur, dégagement facile. Un stagiaire va à la recherche de la bouche, mais la tête est défléchie : tentatives d'extraction, infructueuses. M^{lle} Jacquemat essaie d'extraire la tête inutilement. M^{lle} Roze fait des tractions très énergiques, la tête étant en transversale et essaie de la fléchir, pendant que M. Wallich presse sur la tête à travers la paroi abdominale. Elle est bientôt obligée de céder la place à M. Wallich, qui termine l'extraction.

L'enfant, pesant 3,010 grammes, né en état de mort apparente, est ranimé après insufflation et plusieurs bains sinapisés.

5° *Vagissement intra-utérin*. — Les enfants peuvent, quelquefois avant leur naissance, pousser un cri, dû à la pénétration de l'air dans les voies respiratoires. Ce vagissement a été nié (1) par un certain nombre d'auteurs. Velpeau disait : « Puisque des hommes instruits, et dignes de foi, l'ont entendu, j'y crois ; mais si je l'avais entendu moi-même, je n'y croirais pas ». Plusieurs observations, cependant, et nous en rapportons une, confirment l'existence de ce phénomène. Les tractions, les excitations faites sur le corps du fœtus, peuvent éveiller le réflexe respiratoire ; aussi devait-on s'attendre à trouver des exemples de vagissement intra-utérin au cours des extractions difficiles, et principalement dans les présentations du siège, où toutes ces conditions se trouvent réunies.

C'est ainsi que dans une observation rapportée par Marc, à l'Académie de Médecine, au nom du docteur Andry, on lit que des tractions, ayant été à trois reprises opérées sur le tronc, l'enfant poussa par trois fois des cris qui devinrent de plus en plus faibles. Il mourut d'ailleurs presque aussitôt après l'expulsion.

Dans une présentation du siège décomplété mode des pieds, rapportée par Hubert, de Louvain, la main ayant été introduite dans le vagin, immédiatement après la rupture

(1) Tarnier et Chantreuil (Traité de l'art des accouchements).

de la poche des eaux, on entendit un cri venant de la cavité utérine.

Baudeloque neveu rapporte deux autres exemples de vagissement utérin. Dans les deux cas, le vagissement fut entendu, au moment où on faisait une application de forceps ; l'un des enfants naquit mort.

Depaul put extraire, avec le forceps, un enfant vivant.

Enfin à l'étranger : Heyfelder, Huber, Weese-Crothes, Winckel ont également signalé le fait.

OBSERVATION XVIII

Vagissement intra-utérin. — (N° 601 de 1890).

La femme entre à l'hôpital le 10 juillet 1890, on diagnostique une présentation du siège en SI DP, l'engagement est effectué.

Le 15 juillet, à 1 h. 30 soir, M. Potocki constate que le fœtus se présente par le siège mode des fesses en SI DA, siège engagé. La dilatation est égale à une pièce de 20 centimes, bords de l'orifice rigides, membranes intactes. Au toucher, on arrive sur les deux fesses, l'an us, le sillon interfessier, les organes génitaux. M. Potocki essaie de pratiquer la version externe, sans pouvoir réussir à mobiliser le fœtus. Il tente alors de soulever le siège, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, mais il est impossible de le faire sortir du bassin. On renonce à changer la position du fœtus, et on se propose, au moment de la dilatation complète, d'abaisser un pied. Le travail marche régulièrement. A 1 h. 30, 16 juillet, la dilatation étant complète, la femme est mise en posture obstétricale. On lui administre du chloroforme, en raison de son indocilité et de ses cris. M. Potocki rompt les membranes et pénètre aussitôt dans l'utérus avec la main droite. Remontant le long de la cuisse antérieure, il arrive sur le genou, fait l'abduction ; la jambe descend et le pied est aussitôt saisi et attiré à la vulve. On laisse l'accouchement se terminer spontanément. Immédiatement, on entend un bruit singulier, qui vient du ventre de la femme. C'est une série de 6 à 8 cris d'enfant nouveau-né, un peu étouffés ; on sent que l'enfant a de la difficulté à inspirer ; on n'entend pas l'expiration.

Après cette série de vagissements, il ne se produit plus de bruit anormal : Battements du cœur très fréquents ; à 2 h. les battements du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers. La femme étant réveillée, on l'engage à pousser, et elle expulse spontanément le fœtus, jusqu'aux épaules. M. Potocki

termine alors l'extraction, en dégagant successivement chacun des bras et la tête, par la manœuvre de Mauriceau.

Il y a un ressaut très net, quand la tête franchit les épines sciatiques, qui sont d'ailleurs très saillantes. Déchirure du périnée, 2 cm. environ, 2 serre-fines.

Enfant étonné, remue et crie au bout de quelques instants. Injection vaginale. Le placenta, déjà engagé, est extrait par extraction simple, à 2 h. 50 du matin. Quantité de sang perdu pendant la délivrance: 300 gr. Suites de couches normales. L'enfant, du sexe masculin, pèse 2,950 gr.; le 13^e jour: ophtalmie secondaire, n'ayant duré que 3 jours.

6° *Inspirations prématurées.* — Moins rares que le vagissement intra-utérin, sont les inspirations prématurées; elles reconnaissent la même étiologie: excitations portant sur la peau, compression du cordon, toutes causes, capables de produire directement, ou par un commencement d'asphyxie le réflexe respiratoire.

Il en résulte une pénétration des mucosités vaginales mélangées au méconium, dans les voies aériennes, susceptibles d'entraver à la sortie, l'entrée de l'air dans ces conduits.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une affection du vagin, les agents infectieux ne peuvent-ils aussi arriver jusqu'aux poumons et déterminer alors une broncho-pneumonie?

Nous avons réuni 6 observations d'inspirations prématurées; dans toutes, il y a eu intervention.

Dans un cas, n° 716 de 1892, chez une multipare, l'enfant présentant les pieds, naît en état de mort apparente.

Dans un autre cas, n° 1,860 de 1894, chez une primipare, l'enfant présentait le siège complet. La tête étant défléchie, la manœuvre de Mauriceau fut difficile. Mort apparente, insufflation.

Dans un troisième, n° 1,647 de 1893, chez une secondipare, l'enfant présentait les fesses. Mort apparente.

Dans un quatrième, n° 960 de 1896, chez une primipare, à bassin rétréci, on dut abaisser les bras défléchis et exécuter la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît vivant.

Enfin dans les dernières observations, il y a eu mort de fœtus.

N° 1,739 de 1894, chez une XVI^e pare, l'enfant présen-

taît le siège complet. On fait successivement le dégagement du tronc et des bras, puis la manœuvre de Mauriceau. L'enfant ne peut être ranimé. On trouve à l'autopsie une hémorrhagie méningée et une pleurésie double des sommets.

N° 2,239 de 1896, chez une primipare, l'enfant, qui présentait les fesses, avec une main procidente, ne put être ranimé.

Le pronostic des inspirations prématurées est donc sérieux.

TRAUMATISMES DÉTERMINÉES PAR L'EXTRACTION.

Parmi les traumatismes déterminés par l'extraction, on a signalé : des fractures de l'humérus, du fémur, de la clavicule, du maxillaire, des fêlures des enfoncements du crâne, des disjonctions de l'occipital entre ses portions basilaires et écailleuse (Schroeder), du maxillaire inférieur au niveau de sa symphyse, de la colonne vertébrale. Dans certains cas rares, la tête a pu être complètement détachée du cou. De la Motte (1) en rapporte plusieurs curieux exemples, un entre autres : pendant qu'il essayait de dégager la tête, il donna le corps au mari de la parturiente qui « tira avec tant de violence, dans l'espérance de soulager sa femme, qu'il alla tomba à six pas loin du lit, avec le corps de l'enfant dont la tête était restée dans la matrice. » On a signalé encore des décollements des cartilages épiphysaires ; des paralysies portant principalement sur le plexus brachial, des épanchements sanguins dans les muscles, le tissu cellulaire, les séreuses ; enfin des excoriations du plancher de la bouche, souvent prélude d'un abcès.

Les hémorrhagies méningées sont une des causes de mort le plus souvent invoquées. Pour Cruveilhier elles en seraient responsables dans $1/3$ des cas. Elles sont dues, à des tractions exercées sur la tête et le cou, et, dans ces cas spéciaux, le mécanisme de l'hémorrhagie doit être la plupart du temps rapporté à des déchirures vasculaires.

(1) D'après Levret « observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux ».

Elles peuvent résulter aussi, de l'enclavement de la tête dans l'excavation pelvienne, pendant trop longtemps, ce qui n'est guère le cas, dans la question qui nous occupe. La compression prolongée du foie pourrait aussi, suivant Nœgelé et Cruveilhier, causer l'hémorrhagie méningée, en même temps que des ecchymoses dans les poumons et le thymus.

Nous avons relevé : deux fractures du fémur faites au moment de l'abaissement prophylactique du pied. Une fracture de la clavicule, dans un bassin rétréci ; deux cas de paralysie du plexus brachial ; un hématome du sternomastoïdien ; trois hémorrhagies méningées ; deux hémorrhagies cérébrales et ventriculaires (on avait exécuté quatre fois la manœuvre de Mauriceau et une fois celle de Champetier) ; un cas d'enfoncement du pariétal gauche ; un cas où les diamètres Bi pariétal et Bi temporal furent aplatis ; une asymétrie faciale ; enfin, deux cas d'ulcération du plancher de la bouche.

Ces divers accidents ne laissent pas en général de suites graves, les hémorrhagies cérébrales et méningées, mises à part. Cependant les plaies sont un appel à l'infection ; dans les fractures, les fragments sont souvent difficilement maintenus en contact, d'où consolidation vicieuse ; on a vu le fragment supérieur d'une fracture du fémur perforer les téguments. Enfin, nous rapportons une observation d'ulcération traumatique du plancher de la bouche, ayant donné lieu à un abcès collecté, qui s'est ouvert. L'abcès collecté peut gêner les mouvements de succion et de respiration. Le pus peut être déversé dans le larynx et la trachée, d'où asphyxie.

OBSERVATION XIX

Bassin oblique-ovalaire. — Fracture de la clavicule (N° 2,073 de 1898)

VII pare. Premier accouchement : basiotripsie. Deuxième : application de ballon Champetier, enfant mort à 4 mois 1/2 ; troisième : forceps, enfant mort, extraction par version ; quatrième : ballon, forceps au détroit supérieur, procidence du cordon, enfant mort-né ; cinquième : ischiopubiotomie ; sixième : enfant mort au 21^e mois. Grossesse actuelle : dernières

règles du 17 au 20 février, pas d'albumine; a eu pendant la grossesse deux hémorrhagies arrêtées par le repos.

Vient à la clinique le 24 novembre 1898, à 8 h. 30 matin, les membranes étant rompues prématurément depuis 30 minutes. Le 25, le col s'efface; à 3 h. 30, dilatation : 5 fr.; douleurs toutes les 5 minutes, puis toutes les 3 minutes; à 5 heures elles n'apparaissent que toutes les 7 minutes, la dilatation ne progresse pas. Injection vaginale au biioduré toutes les 2 heures. A 8 h. matin, l'orifice est revenu sur lui-même, plus de contractions; bruits du cœur bons.

Toute la journée, même état.

25 novembre, 6 h. soir, les contractions réapparaissent, le col s'efface de nouveau; à 7 h., dilatation : 5 fr., bruits du cœur bons. Minuit, bruits du cœur irréguliers, 160; orifice complètement dilaté : on prépare le basiotribe; à 1 h. matin, M. Pinard introduit la main droite, explore le bassin, et trouve un siège en gauche, mode des fesses. M. Pinard abaisse à la vulve le genou gauche, puis le pied; à 1 h. 15 il commence les tractions sur ce membre, un peu en bas.

La fesse gauche apparaît aussitôt sous la symphyse, puis la fesse droite à la fourchette. M. Pinard introduit alors l'index gauche dans le pli de l'aîne droite, abaisse ainsi le pied postérieur et opère des tractions sur les 2 membres. Le dégagement du siège est rapidement effectué, puis celui de la partie inférieure du tronc. L'ombilic apparaît à la vulve : anse au cordon : La région épigastrique apparaît.

Les difficultés commencent à ce moment. M. Pinard fait faire au tronc des mouvements de rotation, alternativement dans les 2 sens; les omoplates apparaissent. Il tente successivement, et en vain, d'abaisser les bras en commençant par l'antérieur, il recommence les mouvements de rotation du tronc, en l'accentuant davantage, pour essayer d'opérer l'orientation des épaules, mais le diamètre bi-acromial reste toujours dans le diamètre oblique droit; à 1 heure 19, le bras postérieur (droit) est dégagé. M. Pinard tente inutilement d'abaisser le bras antérieur, qui est tout-à-fait relevé en avant. Il est bientôt obligé de céder sa place à M^{lle} Roze, dont les efforts restent vains. M. Pinard reprend ses tentatives, en faisant attelle avec l'index et le médius de chaque main, placée à droite et à gauche des bras; puis il cède de nouveau sa place à M^{lle} Roze, qui reprend cette manœuvre très difficile et très fatigante. Il paraît dès ce moment impossible d'éviter une fracture. M^{lle} Roze parvient à faire glisser un peu le bras vers la droite, mais doit lâcher prise, par fatigue. M. Pinard reprend sa place et, à 1 heure 23, abaisse le bras antérieur.

A ce moment, on perçoit un craquement. Les tentatives d'abaissement de ce bras ont duré 4 minutes. A partir de ce moment, l'extraction se termine en un clin d'œil. M. Pinard accroche le maxillaire, fléchit la tête, la porte vers la gauche, et

à peine M. Funck a-t-il touché l'abdomen, que la tête s'engage brusquement, tombe dans l'excavation, fait sa rotation et sort, sans temps d'arrêt, des parties molles. Le cordon, pris dans une pince, est sectionné. Le cœur de l'enfant bat, M. Pinard introduit l'insufflateur et aspire avec la bouche, à plusieurs reprises, les mucosités. Il commence l'insufflation à 1 h. 8 ; en même temps, on enveloppe l'enfant dans des linges chauds, on le frictionne à l'alcool. À 1 h. 31 : première inspiration. 1 h. 32, on cesse l'insufflation : le cœur bat plus fort et soulève la paroi épigastrique ; mouvements du diaphragme dans l'intervalle des inspirations. 1 h. 37, mouvements des ailes du nez. 1 h. 38, la peau est rose, 36 inspirations à la minute. 1 h. 40, ligature du cordon ; premiers vagissements. On constate une fracture de la clavicule gauche. Poids, 3,540 gr. Bipariétal 9,4. La femme perd un peu. 1 h. 45, délivrance artificielle, injection intra-utérine. Dans la nuit, quelques tranchées utérines, quelques nausées, probablement dues au chloroforme. T. normale.

Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION XX

Siège décomplété mode des fesses. — Tractions dans le pli inguinal.

Fracture du fémur (N^o 1,313 de 1892).

Primipare. A la dilatation complète, et les membranes s'étant rompues spontanément, M^{lle} Roze va à la recherche d'un pied. Le siège étant parfaitement engagé, il est impossible d'en faire l'abaissement prophylactique. Les battements du cœur se modifient ; M^{lle} Roze fait des tractions dans le pli de l'aîne antérieure, et entend un craquement sec. Les bras sont facilement abaissés. La manœuvre de Mauriceau est pénible.

L'enfant, qui est atteint d'hydrocéphalie, de spina-bifida et de pied-bot, présente une fracture du fémur ; 3,100 gr. Pose d'un appareil.

Au moment de la naissance, l'hydrocéphalie est peu accentuée ; elle s'accroît dans les jours suivants. L'enfant ne tète pas, est en très mauvais état. La malade sort le 39^e jour, sur sa demande.

OBSERVATION XXI

Manœuvre de Mauriceau. — Absès du plancher de la bouche (N^o 1,343 de 1891).

Primipare. Dernières règles le 14 janvier 1891. Entre à la clinique le 17 octobre 1891 ; hauteur de l'utérus est 33 cent. Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses, en

droite transversale. Quatre heures après l'entrée, la dilatation est complète et les membranes se rompent spontanément. On procède à l'abaissement prophylactique du pied droit et, les bruits du cœur se modifiant, on fait rapidement l'extraction. La manœuvre de Mauriceau est facile. L'enfant, vivant, du sexe masculin, pèse 2,820 gr. La délivrance est faite par extraction simple, 1 h. 30 après l'extraction. Suites de couches normales.

Quatre jours après sa naissance, l'enfant présente une petite érosion du plancher de la bouche, il tète mal et l'on note à gauche du menton : une tumeur énorme, fluctuante. Dans la nuit du 27 au 28, cette tumeur s'ouvre spontanément dans la bouche et il s'écoule une grande quantité de pus. Lavages fréquents de la cavité buccale. L'enfant sort en bon état 18 jours après sa naissance.

OBSERVATION XXII

Ulcération traumatique du plancher de la bouche. Paralysie du plexus brachial

Secondipare. Dernières règles du 30 mars au 4 avril 1893. Entré à la clinique le 7 janvier 1894. Siège complet en G. T. Dilat. complète. Les membranes se sont rompues la veille. On extrait 50 minutes après son arrivée un enfant pesant 3,410 gr., dont le bi-pariétal mesure 9 cent., et qui naît étonné, mais fait une inspiration aussitôt après la naissance.

On est intervenu, pour dégager le bras postérieur et extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau. Deux jours après l'accouchement, l'enfant présente sur le plancher de la bouche, une ulcération traumatique. On note, de plus, que le bras droit (bras postérieur lors du dégagement) est le siège d'une paralysie incomplète, atteignant le deltoïde, le biceps, le long supinateur. Les fléchisseurs et les extenseurs conservent leurs mouvements, mais très affaiblis. Les mouvements reviennent peu à peu au bout de quelques jours. L'enfant sort en bon état.

CHAPITRE III

De la Délivrance.

La délivrance étant, même dans les accouchements par le sommet, c'est-à-dire les plus favorables, une période fertile en incidents, nous devons, à propos de l'accouchement par le siège, l'étudier spécialement, insistant particulièrement sur une complication sérieuse : le décollement prématuré du placenta.

DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA

Nous en avons recueilli 14 observations. On peut les répartir en trois catégories :

- 1° Décollement prématuré du placenta inséré normalement.
- 2° Décollement du placenta inséré sur le segment inférieur.
- 3° Décollement du placenta, entraîné par la tête, à son passage.

1° **Le décollement prématuré du placenta inséré normalement** est rare (1). Mauriceau et Baudelocque l'admettaient. M^{mes} La Chapelle et Boivin le nient ; puis, Jacquemier, Braxton Hicks, Goodel Pilat, Brunton en apportent des observations. Winter, M^{me} Henry, Ribemont-Dessaignes, Budin, Pinard et Varnier, Dumarcet dans sa thèse, le font reconnaître.

La congestion utérine, la brièveté du cordon, l'albumine sont à l'étiologie de cette complication.

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage.

Parmi toutes ces causes, l'albumine doit tenir la première place, ainsi que l'a démontré M. Pinard. Elle existe, indépendante d'autres causes, dans trois de nos observations.

Dans 1 cas, 1,479 de 93, la femme, multipare, présentait 3 gr. d'albumine. L'enfant meurt au début de la dilatation. La manœuvre de Mauriceau a été opérée. Placenta : 440 gr. Membranès, 18/33.

N° 1,403 de 94. — Multipare. Albuminurie. Membranes 18/20, enfant vivant.

N° 438 de 98. — Primipare. Dilatation manuelle du col à 2 fr. ; abaissement du pied. Mauriceau difficile. Enfant né en état de mort apparente. Albuminurie intense. 3 accès éclamptiques avant l'accouchement. Délivrance artificielle. Placenta truffé, 2,160 gr. Couveuse. Enfant mort le 8^e jour.

Dans une autre observation, il y a eu coïncidence d'insertion vicieuse ; membranes : 0/33.

N° 84 de 1898. — Albuminurie de la grossesse, hémorrhagie rétro-placentaire, placenta albuminurique. L'enfant ne remuait plus depuis deux jours.

2^e Décollement par insertion sur le segment inférieur.

— Il se traduit, également, par des hémorrhagies, pendant la grossesse et le travail, la rupture prématurée des membranes ; enfin l'accouchement prématuré.

Nous en avons réuni sept observations, trois chez des primipares, quatre chez des multipares.

N° 1,388 de 1891. — Primipare ; membranes : 8/31. Délivrance immédiate ; enfant vivant : 3,000 gr.

N° 917 de 1890. — Primipare. Pendant trois mois, léger écoulement. Après l'expulsion de la première hanche : hémorrhagie ; membranes : 7/34 ; enfant vivant.

N° 304 de 1890. — Primipare ; membranes : 6/28. Délivrance immédiate ; couveuse ; enfant mort le huitième jour.

N° 391 de 1890. — Insertion vicieuse, hémorrhagie, placenta découronné, rétention ; mort de la femme.

N° 673 de 1895. — Membranes : 0/33 ; mort le septième jour.

N° 1,242 de 1895. — Membranes : 1/29 ; placenta : 460 gr. ; enfant mort trois heures après la naissance.

N° 502 de 1898. — Présentation du sommet ; enfant mort pendant le travail ; hémorrhagies répétées ; procidence du cordon ; ballon ; abaissement du pied ; extraction du tronc. Mauriceau : délivrance artificielle.

3° **Décollement dû à l'action de la tête.** — Trois observations : deux chez des primipares, dont une à bassin rétréci ; une chez une multipare.

N° 1,439 de 1895. — Primipare ; extraction difficile de la tête, 15 m. Insufflé pendant 20 minutes ; convulsions le lendemain.

N° 2,139 de 1894. — Primipare, bassin rétréci ; basiotripsie ; enfant mort pendant l'extraction ; délivrance spontanée immédiate ; curettage.

N° 1,004 de 1897. — Multipare. Manœuvre de Champetier ; enfant né étonné. Céphalématome ; délivrance immédiate.

Le pronostic de cette complication est donc sérieux pour la mère et l'enfant.

CHAPITRE IV

Pronostic

I. PRONOSTIC MATERNEL

1^o *Déchirures du périnée.* — Les déchirures du périnée reconnaissent plusieurs ordres de causes.

Dans un premier groupe, on peut placer : les déchirures qui tiennent à une conformation particulière de la vulve, et à la consistance des tissus de la parturiente. Dans un deuxième celles qui s'expliquent par le volume du fœtus, non en rapport avec les diamètres de l'orifice vulvaire.

Dans un troisième, enfin, celles qui sont dues à la façon dont s'est accompli l'accouchement.

Le premier groupe, comprend les femmes, dont la vulve est trop orientée en avant ; les primipares, surtout âgées ; les albuminuriques dont les tissus œdématisés manquent de souplesse. Les blondes, lymphatiques à tissus mous et infiltrés.

Le volume du fœtus est souvent la cause occasionnelle de la déchirure, sur un terrain prédisposé, et cette complication se produit alors, soit au dégagement des épaules, soit surtout au moment de la sortie de la tête.

La façon dont se fait l'accouchement, et le mode de présentation, joue aussi un certain rôle. C'est ainsi que l'accouchement spontané, qui surprend la femme au milieu de ses occupations, l'expulsion rapide de l'enfant, alors que les tissus n'ont pas été progressivement distendus, par une descente lente, entre pour une part, dans leur pathogénie.

Le mode d'intervention est à considérer. On comprend

facilement que l'introduction de la main, du forceps ou autre instrument dans les organes génitaux favorisent singulièrement la déchirure.

Dans les présentations du siège, les petites parties restant trop longtemps au contact du périnée, sur lequel elles appuient d'ailleurs d'une façon inégale, deviennent un agent de divulsion. Ajoutons à cela que, plus que dans tout autre présentation, les interventions sont pratiquées.

Les déchirures du périnée sont incomplètes ou complètes : dans ce cas elles intéressent le sphincter anal ; l'urètre même peut être atteint.

Elles sont en général latérales. Elles peuvent être centrales, cas très rare, dont il n'existe pas d'exemple à la clinique Baudelocque dans les présentations qui nous occupent.

Le pronostic, sans être grave, peut quelquefois être sérieux, car, outre que la déchirure est une porte ouverte à l'infection, elle favorise dans la suite le prolapsus de l'utérus et toutes ses inflammations chroniques.

Nous avons relevé 22 déchirures du périnée sur lesquelles : 13 chez les primipares et 9 chez les multipares. 7 dans la présentation du siège complet, 15 dans le s. déc. mode des fesses.

Dans 10 cas la manœuvre de Mauriceau a été faite. Difficile, dans deux cas, elle demanda dans l'un deux opérateurs. Man. de Champetier : un cas. Une femme était albuminurique. Dégagement de la tête en transversale, la rotation n'ayant pu être effectuée : un cas. Dans un cas : déchirure de l'urètre, après symphyséotomie ; on avait fait en même temps la manœuvre de Mauriceau. Dans un cas : la déchirure fut complète. La manœuvre de Mauriceau avait été impossible, l'occiput ayant tourné dans la concavité sacrée.

2° *Suites de couches.* — L'accouchement par le siège, exigeant une intervention plus fréquemment que les autres accouchements, s'accompagne-t-il souvent d'infection ?

Notre statistique portant sur 342 observations prises chez des femmes ayant le bassin normal nous donne les chiffres suivants :

80 femmes ont eu des élévations de température dépassant 36°. Nous devons en éliminer 11 chez lesquelles l'hyperthermie reconnaît pour causes diverses complications que nous énumérerons plus tard. Il nous reste donc 69 femmes chez lesquelles la présentation du siège doit être mise en première ligne : ce qui fixe la proportion à 11 %, chiffre un peu supérieur à celui que fournissent les présentations du sommet.

Il était intéressant de savoir lesquelles, des primipares, ou des multipares, étaient le plus exposées à cette complication.

A priori, les multipares, dont l'accouchement est plus souvent spontané, dont les tissus, plus relâchés, sont de ce fait moins exposés aux déchirures, comme nous l'avons vu, porte ouverte à l'infection, devaient présenter moins souvent des suites de couches pathologiques. Les résultats de nos recherches confirment ce fait :

C'est ainsi que sur 181 primipares 50 ont présenté des élévations de température. Nous devons en distraire 5 ayant eu des lymphangites du sein ; dans un cas un abcès fut incisé. On a observé encore un cas de métrite hémorrhagique et 1 cas de vaginite granuleuse.

La proportion reste donc de 23 %.

Sur ces 43 cas, 15 fois l'accouchement fut spontané. Nous n'avons pas de renseignement sur la manière dont il s'est terminé, dans un cas ; enfin il y a eu 27 interventions.

13 fois l'élévation de température est apparue moins de 48 heures après l'accouchement.

Sur 161 multipares, 30 ont eu de l'hyperthermie.

Après avoir éliminé : 2 abcès du sein. Une coxo-tuberculose suppurée de la hanche gauche. 1 cas de tuberculose pulmonaire ; il nous reste donc 26 observations, dans lesquelles la présentation du siège doit vraisemblablement être incriminée, ce qui donne une proportion de 16 %.

Sur ces 26 accouchements, l'expulsion spontanée a eu lieu 9 fois ; on note 16 interventions. Nous n'avons pas de renseignements dans 1 cas.

5 fois l'élévation de température est apparue avant 48 heures.

Le traitement a consisté en injections intra-utérines prolongées. Irrigation continue. Curettage dans 2 cas. Chez une femme cette opération a été faite à 2 reprises.

Trois femmes ont succombé.

N° 2,262 de 1898. — Rupture prématurée des membranes. Présentait avant l'accouchement une fièvre légère, eut un grand frisson. L'accouchement, pénible, fut terminé par basiotripsie. Morte 25 minutes après la délivrance.

N° 391 de 1890. — Rupture prématurée des membranes. Hémorrhagie par insertion vicieuse. Placenta découronné.

N° 692 de 1890. — Apportée sur un brancard, dans le coma, après un accès éclamptique. Meurt 2 h. après son entrée. Accouchement forcé avant DC, pour souffrance du fœtus.

Dans tous ces cas, on ne peut vraisemblablement incriminer la présentation du siège.

OBSERVATION XXIII (1)

Rupture prématurée des membranes. — Basiotripsie tête dernière. — Mort (N° 2,262 de 1898).

VI pare ; à son entrée, 21 décembre, 6 h. soir, on constate par le palper un siège complet au détroit supérieur, dos à gauche, tête au fond de l'utérus, sillon du cou nettement senti. Bruits du cœur normaux. Au toucher, la portion vaginale du col n'existe pas, la partie qui reste est à peine perméable. On sent des noyaux cicatriciels et trois fils d'argent. Les membranes sont rompues depuis le matin 3 heures ; il s'écoule un liquide normal. A subi l'opération de Schröder pour prolapsus utérin.

Mise en observation. Le 23 décembre le siège étant mobile et incliné à droite : ceinture eutocique. — Le 24, Dil. : 2 fr. ; la nuit, les contractions sont peu énergiques, très espacées (toutes les 1/2 heures. — Le 25, 8 h. matin, orifice dilatable comme 5 fr., rien d'engagé. Injections fréquentes, tamponnement vaginal,

(1) Cette observation est publiée *in extenso* dans les comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. (T. I, 1899, p. 15).

contractions utérines plus fréquentes (tous les 1/4 heures). Dans l'après-midi, un pied s'engage ; les bords de l'orifice cervical sont assez épais. Bruits du cœur normaux. P. 76. T. 37° ; le soir 7 heures P. 98 ; T. 38°2. Même état pour l'orifice 8 h. soir. Bruits du cœur irréguliers, tumultueux ; d'abord incomptables, ils battent quelque temps après 140-120, puis redevenant incomptables jusqu'à 1 h. 30 ; 26 déc. à 2 h. : 108 ; à 3 h. ils ne sont plus perçus.

T. oscille entre 38 et 38°8. — P. entre 98 et 110.

Grand bain d'une heure. Sulfate de quinine, 0,50 cgr. Tamponnement vaginal : orifice épais, souple. 7 h. matin : grand frisson. T. 38°8. P. 160. R, 52. 10 h. matin, M. Pinard, examinant sous chloroforme, trouve un orifice dilatable comme une paume.

Il saisit le pied droit et l'amène au dehors. Il s'écoule alors un liquide roussâtre, très fétide. L'utérus et tétanisé ; M. Pinard exerce sur la jambe des tractions lentes, mais soutenues, extrait le siège, dégage le pied postérieur, puis, après l'extraction du tronc, fait l'anse au cordon, et dégage les 2 bras, en commençant par le postérieur. Pendant qu'un aide exerce des tractions légères sur les membres inférieurs, il essaie d'extraire la tête, sans pouvoir y arriver. Il saisit alors le perforateur du basiotribe, et l'introduit par des mouvements de vrille, dans la base du crâne, il s'écoule une petite quantité de substance cérébrale.

Les branches du basiotribe ne sont pas appliquées, et le perforateur est retiré. M. Pinard exerce sur la tête des tractions légères, pendant qu'un aide tire sur les membres inférieurs. L'extraction de la tête se fait lentement, et est terminée, à 10 heures 35 du matin, 26 décembre.

Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine de 20 litres. Tamponnement iodoformé. Inhalations d'oxygène. Glace sur le ventre. Sérum artificiel, 1,000 gr. Sérum de Marmoreck, 80 gr. Grogs chauds.

Morte à 11 heures du soir.

OBSERVATION XXIV

Insertion vicieuse. — Mort (N° 391 de 1890).

Cette femme entre à la clinique le 18 mai 1890.

Pendant la grossesse, elle eut à 2 reprises des pertes de sang, peu abondantes, il y a 15 jours ; celles-ci furent très importantes il y a 8 jours. — Elle ne se fait transporter à la clinique qu'après avoir perdu de l'eau le 18 mai, à 1 heure ; la dernière hémorrhagie aurait, au dire de la malade, pu remplir une cuvette. Le squelette est normal. Léger œdème des membres inférieurs, quelques varices. Ventre en besace, utérus en antéversion ; tension des parois normale. On diagnostique une présentation au siège en SIGA : engagement nul, bassin normal, foyer

d'auscultation au niveau de l'ombilic, un peu à droite. Par le toucher, on arrive directement sur le placenta qui recouvre toute la portion dilatée du col. Le col est facilement dilatable ; la femme est pâle, exsangue ; après cet examen, nouvelle hémorrhagie peu abondante.

M. Boissard introduit alors la main dans le vagin, pénètre avec 3 doigts dans l'utérus, s'oriente au point de vue du lieu d'insertion du placenta. Se dirigeant à gauche et en avant, il arrive sur l'insertion des membranes sur le placenta. Il trouve l'orifice de rupture spontanée ; les bords de l'orifice membraneux sont tendus ; l'orifice est grand comme 1 fr. ; déchirure artificielle et large des membranes ; contractions utérines fortes ; après une 1/2 heure, descente et commencement d'engagement du siège. Le placenta est entraîné au devant de lui, d'où nouvelle hémorrhagie.

M. Boissard va à la recherche d'un pied qu'il abaisse et amène à la vulve, la dilatation étant grande comme une paume, mais le col dilatable. Il ne fait pourtant l'extraction qu'au bout d'une demi-heure, il est 5 h. 30.

L'enfant, du sexe féminin, a cessé de vivre.

La placenta tombe assez rapidement dans le vagin, il est enroulé en cornet d'oubli, et présente la face utérine.

En raison de la déchirure des membranes, celles-ci restent en grande partie dans l'utérus, on y met un fil. La femme est soumise à l'irrigation continue.

21 mai, 7 heures matin. — Frisson ; lochies fétides ; 11 heures matin : délire ; langue rôtie ; température : 41° ; injection intra-utérine ; 4 heures, soir : irrigation continue, jusqu'à minuit ; délire constant ; grande agitation ; cessation de l'irrigation.

22 mai, 5 heures matin. — Irrigation continue ; malade plus calme ; diarrhée, vomissements, puis délire avec alternatives de calme : température oscille entre 38°6 et 40° ; pouls : 120-140-120.

23 mai. — On cesse l'irrigation vers 10 heures du soir ; à minuit, le délire, qui avait persisté pendant 24 heures consécutives, disparaît complètement ; température : 38°, 37°4, 38°9 ; pouls : 120.

24 mai, 6 heures matin. — Reprise de l'irrigation ; la malade a quelques nausées qui disparaissent dans la matinée. Dans la journée, la malade est calme, repose, a été à la garde-robe ; température : 38°, 39°, 38°5. On cesse l'irrigation à 1 heure du soir. Nouvelle irrigation de 6 heures du soir à 9 h. 1/2 ; pouls : 102-122.

25 mai, 9 h. 30 matin. — Frisson ; diarrhée ; délire ; embolie ; morte à 10 heures matin ; temp. : 39°4.

OBSERVATION XXV

Eclampsique albuminurique. — Mort (N° 692 de 1890)

VI pare enceinte de 7 mois. Femme prise en ville le 7 août, après avoir présenté de la céphalalgie et de la gastralgie, d'un accès d'éclampsie traité par lavement de chloral (8 gr.), bromure de potassium (8 gr.), éther (XXX gouttes).

Est amenée à l'hôpital dans le coma, le 8 août, 1 heure 10 du soir. 3 gr. d'albumine. T. 40°. Enfant vivant, bruits du cœur faibles et sourds, présentation du siège. A 3 heures 40, M. Boissard introduit un ballon Champetier.

La femme est dans un coma profond, avec respiration stertoreuse, face cyanosée, insensibilité des cornées. A 4 heures 30, dilat. : 5 fr. On retire un peu de liquide, et on tire sur le ballon, pour faire de la dilatation mécanique et forcée. Sous cette influence, l'orifice s'agrandit un peu, on rompt la poche des eaux, et on abaisse un pied ; la femme est mourante, mais il semble qu'on entende encore les bruits du cœur fœtal. On se sert du pied du fœtus, comme agent de traction, et agent mécanique de dilatation. Le tronc passe assez facilement, mais l'extraction de la tête présente plus de difficulté. A ce moment : 5 heures, on termine l'accouchement. La femme succombe ; l'enfant, maigre et chétif, est mort ; 1,380 gr.

II. — MORTALITÉ FŒTALE

1° *Primipares.* — Chez 181 primipares, ayant le bassin normal, 26 enfants sont morts pendant le travail ou après l'accouchement. Nous les avons divisés en trois catégories, suivant leur poids. Une première, comprenant les enfants pesant moins de 2,000 gr. ; une deuxième, les enfants de 2,000 à 3,000 gr. ; une troisième, enfin, les enfants au-dessus de 3,000 gr.

I. Enfants de moins de 2,000 gr. — 25 observations.

1° *Siège complet.* — 16 observations.

6 sont morts après l'accouchement.

1 après quelques inspirations ; ventre énorme.

15 minutes après la naissance ; hémorrhagie cérébrale et ventriculaire.

1 9 heures après la naissance ; gros placenta.

1 10 minutes » » ; syphilis du foie, gros placenta.

1 24 heures » » ;

1 au 8^e jour.

2^e *Siège décomplété mode des fesses.* — 5 observations.

1 mort le 3^e jour après avoir été mis en couveuse ; mère albuminurique.

3^e *Siège décomplété mode des pieds.* — 1 observation.

1 mort après quelques inspirations.

4^e *Variété de présentation non spécifiée.* — 3 observations.

1 mort pendant le travail.

1 né mort ; ascite, gros foie, gros placenta.

1 mort le 18^e jour : gros placenta.

Sur 25 enfants, 11 sont donc morts. Mais la présentation du siège ne doit être vraisemblablement mise en cause que dans 5 cas, soit 20 %. En effet, nous devons éliminer 6 enfants. Chez l'un, l'albuminurie maternelle est à considérer. Chez un autre, la syphilis est notoire ; elle doit être soupçonnée chez les derniers, étant donné le poids du placenta et l'ascite.

II. Enfants de 2,000 à 3,000 gr. — 98 observations.

1^e *Siège complet* : 27 observations.

2 sont morts après l'accouchement.

1 13 heures après : gros placenta.

1 le 14^e jour : gros placenta.

2^e *Siège décomplété mode des fesses.* — 67 observations.

2 sont nés morts. Dans 1 cas : procidence de la main ; mouvements inspiratoires, pendant l'extraction. Dans l'autre : déflexion des bras et manœuvre de Mauriceau.

4 sont morts après l'accouchement.

1 après quelques inspirations : gros placenta.

1 le lendemain : intervention.

1 le 6^e jour : gros placenta.

1 le 8^e jour : Mauriceau très difficile par rétraction.

3^e *Variété de présentation non spécifiée.* — 3 observations.

1 mort pendant le travail.

Sur 98 enfants : 9 sont donc morts, 4 étant suspects de syphilis par suite du poids du placenta, il reste donc 5 cas pour lesquels on peut incriminer la présentation du siège, soit : 5.55 %.

III. Enfants de plus de 3,000 gr. — 63 observations.

1^o *Siège complet.* — 14 observations.

1 mort-né : avait souffert pendant le travail.

1 n'a pu être ranimé ; durée du travail, 67 heures.

2^o *Siège décompleté mode des fesses.* — 46 observations.

1 mort au bout de 2 heures après insufflation. Rétraction du col ayant rendu la manœuvre de Mauriceau très difficile.

1 mort pendant l'extraction : circulaires autour du cou.

1 né mort : avait souffert pendant le travail.

1 mort 48 heures après l'accouchement : hémorragie ventriculaire et médullaire. Mauriceau.

Sur 63 enfants, 6 sont morts vraisemblablement du fait de la présentation du siège, soit 9.20 %.

2^o *Multipares.* Chez 163 multipares ayant le bassin normal, 35 enfants sont morts.

I. Enfants de moins de 2,000 gr. — 35 observations.

1^o *Siège complet.* — 13 observations.

1 mort pendant le travail : procidence du cordon.

1 — — — — — éclampsie de la mère.

1 mort après l'accouchement : 5^e jour.

1 — — — — — 12 heures.

1 — — — — — le lendemain.

1 — — — — — 18 heures : hémorragies

viscérales et gros placenta.

2° *Siège décomplété mode des fesses.* — 14 observations.

1 mort pendant le travail : placenta albuminurique.

1 mort-né : infarctus hémorrhagiques du placenta.

Morts après l'accouchement : 6.

1 mort après quelques heures, intervention pour le dégagement des membres.

1 mort après quelques heures.

1 — le 7^e jour.

1 — après quelques minutes : gros placenta, mère syphilitique.

1 mort après 25 minutes : gros placenta.

1 — peu après l'expulsion : gros placenta, gommés du foie et poumons.

3° *Variétés de présentations non spécifiées.* — 8 observations.

1 mort-né : hémorrhagies de la grossesse.

Sur 35 enfants, 15 sont morts, 2 étaient manifestement syphilitiques, 2 autres peuvent en être suspectés, 3 morts sont dues à l'albuminurie. Il nous reste donc 8 morts vraisemblablement imputables à la présentation du siège, dont une due à la procidence du cordon, soit 20 %.

II. Enfants de 2,000 à 3,000 gr. — 58 observations.

1° *Siège complet.* — 21 observations.

2 morts pendant le travail ; dans un cas, procidence du cordon et hémorrhagie.

Morts après l'accouchement : 5.

1, le lendemain ; hémorrhagie méningée et ventriculaire ; manœuvre de Champetier ; résistance du col.

1, quelques heures après ; hémorrhagie méningée ; Mauriceau.

1, le lendemain ; procidence du cordon.

1, le neuvième jour ; teinte cyanosée ; gros placenta ; couveuse.

1, 24 heures après ; ascite ; gros placenta.

2° *Siège décomplété mode des fesses.* — 28 observations.

1, mort avant le début du travail ; hémorrhagie rétro-placentaire chez une albuminurique.

1, mort pendant le travail.

Morts après l'accouchement : 3.

1, 16 jours après ; broncho-pneumonie ; gros placenta.

1, 15 » Pemphygus ; gros foie ; syphilis de la mère.

1, 15 » Manœuvre de Mauriceau.

3° *Siège décomplété mode des pieds.* — 4 observations.

1, mort pendant le travail ; procidence du cordon.

1, mort quelques heures après la naissance ; hémorrhagie méningée ; Mauriceau.

4° Variétés de présentations non spécifiées : 5 observations.

1, mort né ; hémorrhagies de la grossesse et du travail.

1, mort au bout d'une heure.

Sur 58 enfants, 16 sont morts.

1, était manifestement atteint de syphilisme ; 1 autre en était suspect ; 3 morts peuvent être attribuées à l'hémorrhagie, dont une rétro-placentaire ; 1 est due à une broncho-pneumonie. Il nous reste donc 10 morts, vraisemblablement imputables à la présentation du siège, soit 16,12 %.

III. Enfants de plus de 3,000 gr. — 74 observations.

1° *Siège complet.* — 29 observations.

Nés morts : 2.

1 hémorrhagie méningée et pleurésie des deux sommets. Manœuvre de Mauriceau. Inspirations pendant l'extraction.

1 Procidence du cordon non réduite. Mauriceau difficile par rétraction.

Mort après l'accouchement : 1.

9 h. après, procidence du cordon non réduite. Mauriceau difficile par rétraction.

2° *Variétés de présentation non spécifiées.* — 12 observations.

1 mort-né ; hémorrhagies de la grossesse et du travail dues à l'insertion vicieuse du placenta.

Sur 74 enfants, 4 sont donc morts. Nous devons éliminer le dernier dont la mort est due vraisemblablement au décollement prématuré du placenta ; il nous reste alors 3 morts imputables à la présentation du siège, soit 4,05 %.

BASSIN RÉTRÉCI

I. Primipares. — 16 observations.

1^o *Siège complet.* — 4 observations.

Morts après l'accouchement : 2.

1 le 11^e jour. Spina bifida : 2,500 gr. Expulsion spontanée.

1, 27 heures après. Procidence du cordon. Mauriceau difficile. Abscess volumineux de la capsule surrénale : 2,070 gr.

2^o *Siège décomplété mode des fesses* : 11 observations.

Né mort, 1 : Basiotripsie.

1 mort 3 jours après la naissance. Abaissement du pied difficile. Mauriceau. Congestion pulmonaire, avec ecchymoses sous-pleurales.

II. Multipares. — 13 observations.

1^o *Siège complet.* — 6 observations.

1 Né mort. Dégagement des membres. Mauriceau. A souffert pendant le travail. Présentation d'épaule convertie spontanément en siège. 2,000 gr.

1, mort le 1^{er} jour. Couveuse. 1,600 gr.

2^o *Siège décomplété mode des pieds.* — 2 observations.

1 mort 17 heures après. 2,100 gr. Intervention.

3^o *Variétés de présentation non spécifiées.*

1 Basiotripsie. Mauriceau tentée sans succès en ville. 3,400 grammes.

Une première conclusion à tirer de ces résultats, c'est que dans la présentation du siège, la mortalité fœtale est beaucoup plus considérable que dans la présentation du sommet.

Bataillard (thèse de Paris, 1888), après avoir éliminé les cas de faiblesse congénitale, indique pour la présentation du sommet une proportion de mortalité égale à 1,38 %.

Sifflet (thèse de Paris, 1895), prenant les enfants à partir de 1,500 grammes, arrive à une moyenne de 2,90 %.

Pour les présentations du siège, Cocagne (thèse de Paris, 1895), après avoir éliminé les rétrécissements du bassin, les grossesses multiples, les cas où le placenta inséré anormalement a donné lieu pendant la grossesse à une hémorrhagie grave, l'éclampsie ou l'hémorrhagie chez les albuminuriques, la syphilis maternelle, les malformations de l'utérus et du vagin, l'hydramnios, les malformations fœtales non compatibles avec la vie, les enfants pesant moins de 2,500 grammes, donne une moyenne de 3,53 %.

Tenant compte d'un certain nombre de ces incidents comme le montre l'exposé précédent, et les enfants de moins de 2,000 grammes étant mis à part, notre statistique donne les résultats suivants :

Chez les primipares, la mortalité est :

Pour les enfants de 2 à 3,000 grammes : 5,55 %.

Pour les enfants de plus de 3,000 grammes : 9,20 %.

Chez les multipares :

Pour les enfants de 2 à 3,000 gr. : 16,12 %.

» » plus de 3,000 gr. : 4,05 %.

2^e conclusion. — La mortalité fœtale est plus élevée chez les multipares (nous pouvons à ce propos rappeler qu'au contraire les suites de couches sont moins souvent chez ces dernières accompagnées d'élévation de température). Cependant une exception doit être faite pour les enfants pesant moins de 2,000 gr. Dans les deux catégories de parturientes, en effet, la proportion est la même, soit : 20 % de mortalité.

Cela tient sans doute à ce que, dans ce cas, les enfants meurent souvent par débilité congénitale.

3^e conclusion. — Chez les primipares, la mortalité la plus élevée est fournie par les enfants pesant plus de 3,000 gr. ce qui s'explique, étant données, par suite du volume de l'enfant, les interventions plus fréquentes.

Chez les multipares, au contraire, c'est parmi les enfants pesant de 2 à 3,000 gr. que la proportion est la plus élevée.

Il y a lieu de se demander si, dans cette catégorie, la

mortalité ne tient pas, en grande partie, à la débilité des enfants. En effet, le poids d'un enfant à terme étant plus élevé chez la même femme, lors d'une quatrième ou cinquième grossesse que lors de la première, tel enfant issu d'une multipare et devant peser à terme 3 kil. 800 par exemple, ne pesant que 2,500 gr., aura moins d'aptitude à vivre qu'un enfant pesant le même poids mais issu d'une primipare, et dont le poids à terme n'aurait guère dépassé 3 kilog. Ce n'est là qu'une hypothèse. Nous la signalons à l'attention de ceux qui, ultérieurement, étudieront la mortalité foetale dans la présentation du siège, et voudront porter leurs investigations sur ce point.

OBSERVATION XXVI

Présentation de l'épaule avec membranes rompues. — Ballon Champetier. — Version spontanée et accouchement par le siège. — Mort de l'enfant (N° 1,298 de 1895).

La femme entre dans le service le 9 août 1895. Le fœtus avait été très mobile. Les membranes, rompues depuis le 8 août, à 5 h. du soir. Présentation de l'épaule. Contractions utérines peu fréquentes. Le palper est rendu difficile par suite de la rétraction de l'utérus. On trouve cependant la tête à droite, les membres paraissent en avant. Les bruits du cœur s'entendent sur la ligne médiane, et un peu au-dessous de l'ombilic. M. Funck-Brentano applique à 9 h. un ballon Champetier que l'on distend avec de l'eau phéniquée. Depuis 8 h. la femme a des contractions assez régulières. T. 38°2.

Après l'introduction du ballon, les bruits du cœur se modifient, mais reprennent bientôt leur rythme normal. Les contractions sont assez fréquentes, mais peu énergiques. A 11 h., M. Funck trouve un orifice large comme 5 fr. Bruits du cœur normaux. A 1 h. 30 le ballon a tendance à descendre, et comme il n'est pas distendu à son maximum, on injecte environ 60 gr. A 5 h., au moment où on pratique le toucher, le liquide s'écoule du ballon par une fissure qui vient de se produire. Dilat. paume. Orifice assez dilatable. Le liquide continuant à s'écouler, on place la femme dans la position obstétricale. M. Funck constate que la présentation s'est transformée en siège (S. G. T.). Le siège s'engage rapidement. On décide de laisser s'éveiller la femme à qui on avait donné un peu de chloroforme, d'attendre les contractions utérines et les efforts de la femme pour terminer l'accouchement.

La femme se réveille, a des contractions utérines. Quelque temps après, les bruits du cœur se modifient, deviennent très lents, et sont très difficilement perçus. Le col étant presque complètement dilatable, M. Funck, après avoir fait donner du chloroforme, dégage facilement les membres inférieurs et le siège. Au moment où l'ombilic arrive à la vulve, il n'y a plus de battements dans le cordon. Dégagement du bras postérieur assez difficile. Manœuvre de Mauriceau. L'enfant, né en état de mort apparente, ne peut être ranimé, malgré les frictions et l'insufflation. Garçon : 2,000 gr.

L'insertion du cordon est vélamenteuse. La mort peut être attribuée à la compression des vaisseaux rampant sur les membranes.

Accidents divers. — 7 cas d'ophtalmie. Dans 1 cas : n° 770 de 1890, perforation des 2 cornées.

Impression d'épaule sur le cou : 3.

Impression d'épaule sur le maxillaire : 1. Ces faits dus à la rétraction utérine et au peu de liquide amniotique. Céphalématomes : 4, dont 1 triple.

Convulsions le lendemain de la naissance : 1. La manœuvre de Mauriceau avait demandé 15 minutes. L'enfant fut insufflé.

CHAPITRE V

Version par manœuvres externes

Etant donné le pronostic, plus sérieux, de la présentation du siège, les anciens auteurs avaient déjà essayé de transformer cette présentation en présentation du sommet. Après une série de discussions engagées à ce sujet, la question paraît aujourd'hui à peu près tranchée en faveur de la version. M. Pinard, dans son « Traité du palper abdominal ; » s'est efforcé de vulgariser cette méthode.

Nous avons, dans notre travail, à nous occuper seulement des cas où la version n'a pas donné de résultats. C'est donc des difficultés de la version que nous aurons à parler.

Ces difficultés résultent (1) : de la résistance de la paroi abdominale ; d'une hyperesthésie particulière de cette paroi ; d'une névralgie des rameaux du plexus lombaire ; d'une conformation particulière du ventre : ventre en besace ; l'utérus étant, dans ce cas, renversé au-devant de la symphyse pubienne, elles peuvent tenir à une malformation ou une tumeur utérine, à la rétraction de l'utérus. Du côté du fœtus, on doit tenir compte : des variétés de position, en particulier des cas, où le siège est décomplété mode des fesses, de la brièveté du cordon. Du côté de l'œuf, les difficultés de la version peuvent être attribuées à la faible quantité de liquide amniotique.

Disons enfin que l'engagement trop prononcé rend difficile la mobilisation du siège : la version est-elle aussi moins

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage, in Traité d'obstétrique.

souvent faite chez les primipares chez lesquelles l'engagement s'effectue dans les derniers mois de la grossesse.

La version peut, au contraire, être trop facile, en particulier dans l'hydramnios. Cette facilité est en effet un désavantage, puisque le fœtus peut, étant difficilement immobilisé, reprendre sa position primitive.

Dans notre statistique, nous avons relevé :

1^o Des cas où la version fut impossible ;

2^o Des cas dans lesquels, pratiquée pendant la grossesse, elle n'eut pas de résultats durables.

3^o Des cas enfin, où elle eut un succès relatif, et réussit à transformer en présentation du siège, une présentation de l'épaule.

I. Version impossible :

1^o Primipares : Bassin normal : 12 observations.

1 ^o Pendant la grossesse.	Dans 1 cas : l'engagement était trop prononcé.
	— 1 — peu de liquide amniotique.
(Dans deux cas on a administré du chloroforme.)	— 2 — tension des parois et contractions permanentes de l'utérus, avec une présentation du siège mode des fesses, une tentative faite sous chloroforme.
	— 1 — Fibrome du segment inférieur de l'utérus et mode des fesses.

2^o Au début du travail : Tentée deux fois sans succès. Dans 1 cas à la dilatation d'1 fr. ; dans l'autre, le siège s'engageant.

2^o Multipares : 8 observations.

Dans 1 cas : Hydrocéphalie, siège complet, 3,000 grammes.

Dans 1 cas : Contractions utérines.

Dans 1 cas : Tension utérine et mode des fesses.

Dans 1 cas : Poche des eaux rompue depuis la veille et mode des fesses.

II. Version réussie pendant la grossesse. 5 observations seulement chez des multipares. 4 fois le siège était décomplété mode des fesses. 1 fois complet avec rétrécissement du bassin. 3 femmes avaient porté la ceinture eutocique. Au moment du travail la présentation vicieuse était reproduite.

III. Succès relatif.

Transformation d'une présentation de l'épaule en présentation du siège :

1 cas chez une primipare siège décomplété mode des fesses.

2 cas chez des multipares ayant : l'une une présentation du siège complet, l'autre une présentation du siège décomplété mode des fesses.

OBSERVATION XXVII

Version réussie pendant la grossesse. — Bassin vicié. — Accouchement provoqué. — Ballon Champetier. — Extraction du siège mode des pieds.

Primipare ; entre le 12 février 1890 ; a marché à 22 mois. Les dernières règles remontent au 14 mai 1889. Les mouvements actifs ont été perçus à 4 m. $1/2$, hauteur utérine 39 cm., tension des parois normale. Présentation du siège. Auscultation très obscure, bassin vicié.

M. Boissard fait une version par manœuvres externes. 2 jours après M. Pinard fait le palper mensurateur et juge nécessaire de provoquer l'accouchement car la tête déborde.

Application du ballon Champetier le 15 février, à 10 heures matin. Jusqu'à 2 heures soir aucune douleur. On retire à ce moment 75 gr. de liquide, et aussitôt les douleurs surviennent très énergiques. A 4 heures soir le ballon est expulsé, on rompt les membranes. La présentation du siège est reconstituée. On ne peut ramener en bas l'extrémité céphalique. M. Boissard abai. se le pied gauche et procède à l'extraction. L'enfant né vivant pèse 3,680 gr.

Délivrance par extraction simple au bout de 20 m. Le placenta se présente par sa face foetale. Après la délivrance, la femme perd une certaine quantité de sang. Injection intra-utérine. Suites de couches normales.

I. — PRIMIPARES. BASSIN NORMAL

A. — *Fœtus au-dessous de 2,000 gr.*

1^o **Siège complet** : 10 Observations.

Causes. — Hydramnios : 2 fois ; insertion vicieuse : 8.

Travail. — 1^o *Rupture des membranes*. — Tempestive : 2 fois ; hâtive : 1 : avant DC : 1 ; prématurée : 2 ; art. à DC : 3 ; art. à paume : 1.

2^o *Durée de l'expulsion*. — Entre 5 m. et 25 m., soit une moyenne de 16 m.

3^o *Durée totale du travail*. — Entre 8 h. et 20 h., soit une moyenne de 14^h. 31.

4^o *Mode de terminaison*. — Spont. : 6 fois ; art. : 4 fois ; manœuvre de Mauriceau : 4 fois ; abaissement des bras : 1.

5^o *Incidents au cours du travail*. — Procidence du cordon : 1.

6^o *Complications*. — Déchirure du périnée : 1.

Délivrance — 1^o *Présentation du placenta*. — Bord : 6 fois ; FU : 1 ; FF : 2 ; non spécifié : 1.

2^o *Durée*. — Immédiate dans 1 cas ; comprise, dans les autres, entre 20 m. et 1 h. ; moyenne : 35 m.

3^o *Mode*. — Spont. : 1 ; nat. : 6 ; par expression : 2.

4^o *Mensuration des membranes*. — Petit côté mesurait : — 10 cm. : 4 fois ; + 10 cm. : 4 ; membranes déchirées : — 1 ; rétention : 1.

Fœtus. — *Nés vivants*. — 10, sur lesquels : nés étonnés : 1 ; en état de mort apparente : 1.

Morts après l'accouchement : 6.

N^o 474 de 1898 : après quelques inspirations (ventre énorme, pieds bots) : 1,750 gr.

N^o 432 de 1893 : 5 m. après naissance (hémorrhagie cérébrale et ventriculaire) : 1,200 gr.

N^o 1,272 de 1893 : 9 h. après naissance (placenta, 500 gr.) : 1,920 gr.

N° 1,969 de 1894 : 10 m. après naissance (placenta, 650 gr. syphilis du foie) : 1,776 gr.

N° 745 de 1896 : 24 h. après naissance : 1,450 gr.

N° 1,827 de 1893 : 8^e jour après naissance (placenta, 370 gr.) : 1,040 gr.

Un enfant sorti en mauvais état. — N'avait pas le 8^e jour repris son poids de naissance.

Suites de couches. — Normales : 6 ; T. 37°5 à 38° : 2 fois ; T. 37°8 : 1 fois.

2° Siège décomplété mode des fesses : 5 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 4 ; non spéc. : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 1 ; à DC : 1 ; précoce : 1 ; prématurée : 1 ; non spéc. : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 30 m., soit une moyenne de 16 m. 25.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 4 h. 45 et 10 h. ; moyenne : 8 h. 36.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 5 fois.

La version par manœuvres externes, tentée dans 1 cas, n'a pu être faite, par suite de l'engagement trop prononcé (N° 521 de 1891). On a pu, dans un autre cas, transformer par cette manœuvre une présentation de l'épaule en présentation du siège.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 3 ; FU. : 1 ; B. : 1.

2° *Durée.* — Comprise entre 30 et 40 m. ; moyenne : 37 m.

3° *Mode.* — Spont. : 1 ; nat. : 4.

4° *Mensuration des membranes.* — Petit côté mesurait : — 10 cm. : 4 fois ; rétention : 1.

Fœtus. — *Nés vivants* : 5.

Morts après l'accouchement : 1. N° 228 de 1890, le 3^e jour. Couveuse. 1,560 gr. Mère albuminurique.

Suites de couches. — Normales : 3 fois ; T. 37°7 9^e j. : 1 ; T. 38° : 1 fois.

3° Siège décomplété mode des pieds : 1 Observation.

Causes. — ?

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Art. à DC.

2° *Durée de l'expulsion.* — 5 m.

3° *Durée totale du travail.* — 20 h.

4° *Mode de terminaison.* — Spont.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — Bord.

2° *Durée.* — 15 m.

3° *Modes.* — Expression.

4° *Mensuration des membranes.* — ?

Fœtus. — *Né vivant.* — *Mort après quelques inspirations.* —

1,140 gr., n° 1,154 de 1895; suites de couches : normales.

4° Présentations dont le mode n'a pas été spécifié :

3 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 3 (dans 2 cas, hémorrhagie avant travail), hydramnios coïncidant avec insertion vicieuse : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 1; prém. : 1; art. à paume : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 20 m. et 50 m.; moyenne : 30 m.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 5 h. 50 et 32 h.; moyenne : 14 h. 33 m.

4° *Mode de terminaison* : Spont. : 2; art. : 1 (manœuvre de Mauriceau).

5° *Incidents au cours du travail.* — Mort de l'enfant.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — F. F. : 3.

2° *Durée.* — Comprise entre 5 m. et 30 m.; moyenne : 13 m. 33.

3° *Mode.* — Spont. : 1; nat. : 2.

4° *Mensuration des membranes.* — Petit côté mesurait 10 cm., 3 fois.

Fœtus. — *Nés vivants* : 1; *nés morts* : 2.

N° 1,538 de 1898 : m. pendant travail; 1,380 gr.

N° 619 de 1896 (ascite, gros foie, gros placenta); 1,850 gr.

Morts après l'accouchement. — 1.

N° 1,827 de 1893 : 1,040 gr.

Suites de couches : normales.

B. — *Fœtus de 2,000 à 3,000 gr.*

1° Siège complet : 27 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 9; fibromes : 1; utérus cordiforme : 2 (dans un cas, il y a eu pendant le 3^e mois légère hémorrhagie); utérus bicorne : 1.

Travail. — 1^o *Ruptures des membranes.* — Tempestive : 9; hâtive : 1; prém.: 3; précoce : 8; à DC : 1; art. à DC : 2; non spéc. : 2.

2^o *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 5 h. 45; moyenne : 40 m. 8.

3^o *Durée totale du travail.* — Entre 2 h. 30 et 20 h.; moyenne : 10 h. 8.

4^o *Mode de terminaison.* — Spont. : 6; art. : 21.

Manœuvre de Mauriceau : 18 fois. Difficile dans 1 cas : durée 15 m. (n^o 1,439 de 1895).

Dégagement des épaules : 3.

Dégagement des bras : 6; dans 1 cas ils étaient défléchis (n^o 1,898 de 1895).

Dégagement des membres inférieurs : 1.

Abaissement prophylactique du pied : 1 (1 fois on a abaissé les 2 pieds).

5^o *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon : 4 fois (dans 1 cas la réduction fut impossible. Mort du fœtus) (n^o 125 de 1898).

6^o *Complications.* — Déchirure du périnée : 2 fois.

La version par manœuvres externes a été, pendant la grossesse, tentée sans succès : 4 fois; dans un cas, plusieurs tentatives infructueuses. — 1 observation dans laquelle l'insuccès doit être attribué à la faible quantité de liquide amniotique.

La version a été tentée dans 1 cas, à la dil. de 1 fr. (n^o 2,156 de 1897).

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta.* — FF : 17. FU : 3; B : 6; non spéc. : 1.

2^o *Durée.* — Immédiate dans 1 cas, elle a été dans les autres comprise entre 5 m. et 1 h. 20; moyenne : 32 m.

3° *Mode*. — Spont. : 6 ; nat. : 18 ; expression : 6 ; par tractions et expressions : 1 ; non spéc. : 1.

4° *Mensuration des membranes*. — Petit côté mesurait : 10 cm. : 9 fois.

Petit côté mesurait : 10 cm. et plus : 9 fois.

Non mesurées : 2 ; rétention : 5 ; déchirées : 2.

Fœtus. — *Nés vivants* : 26, sur lesquels : né étonné : 1 ; en état de mort apparente : 1.

4 ont été insufflés. L'un n'a respiré qu'au bout de 25 m. ; l'autre au bout de 20 m., a eu des convulsions le lendemain ; un troisième mis en couveuse.

Morts pendant le travail. — 1, n° 125 de 1898 : procidence du cordon impossible à réduire. Rigidité cadavérique : 2,750 gr.

Morts après l'accouchement : 2.

N° 453 de 1893 : 3 h. après la naissance (placenta 560 gr.) : 2,020 grammes.

N° 793 de 1893 : 14 jours après la naissance (placenta 560 gr.) : 2,980 grammes.

Accidents divers. — Céphalématome : 1 ; ophtalmie le lendemain : 1 ; empreinte d'épaule sur le maxillaire inférieur, le liquide amniotique étant peu abondant : 1 (N° 2,133 de 1896).

Suites de couches. — Normales : 15 fois ; les autres cas se répartissent ainsi : T. 27^o6 le 10^e jour ; 39^o le 6^e jour (lymphangite du sein) ; T. 37^o5 à 38 ; T. 39^o2, 5^e et 6^e jours (lymphangite du sein) ; T. 38^o (lymphangite du sein) ; T. 38^o ; T. 37^o8, 4^e jour ; T. 37^o8 (albuminurie) ; T. 38^o9 ; T. 38^o à 39^o (curettage pour rétention de membranes) ; T. 37^o8, 12^e jour ; T. 37^o6, 1^{er} jour.

2° *Siège décomplété mode des fesses* : 67 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 33 ; fibrome du segment inférieur : 1 ; fibromes multiples : 1 ; endométrite hémorrhagique : 1.

Travail. — *Rupture des membranes*. — Tempestive : 8 ; hâtive : 4 ; prém. : 12 ; précoce : 18 ; à DC. : 5 ; tardive : 1 ; art. à 2 fr. : 1 ; art. à 5 fr. : 2 (pour dilatation stationnaire) ; art. à DC. : 11 ; non spéc. : 5.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 10 h. 30; moyenne : 52 m. 8.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 1 h. et 67 h.; moyenne : 13 h.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 21; art. : 46.

Manœuvre de Mauriceau : 41 fois; difficile dans 4 cas. Dans 1 cas elle dure 15 m.; dans un autre : résistance des parties molles; dans un 3° : rétraction du col.

Manœuvre de Champetier : 1 fois.

Dégagement des bras : 16 fois; dans 1 cas ils étaient défléchis

Dégagement des épaules : 1; très pénible.

Abaissement prophylactique du pied : 21 (Dans 1 cas il fut difficile, les doigts étant placés dans les plis inguinaux (N° 1,989 de 1898); dans 2 cas le siège était profondément engagé).

On a abaissé les 2 pieds : 1 fois.

Le ballon Champetier a été placé : 2 fois (procidence d'une main).

5° *Incidents au cours du travail.* — Procidence d'une main : 2 fois (N°s 1,125 de 1898 et 2,239 de 1896).

Procidence du cordon : 1. Réduction.

Vagissement intra-utérin : 1 (N° 601 de 1890).

Écoulement sanguin pendant l'expulsion : 1. Inser. vicieuse.

Décollement du placenta, après l'expulsion de la première hanche (N° 917 de 1890).

Dégagement en O.S.; liquide vert : 1 (N° 1,100 de 1892).

Déflexion des bras : 1.

6° *Complications.* — Déchirure du périnée : 4.

Hémorrhagie après l'expulsion : 1.

La version par manœuvres externes a été tentée 3 fois. Dans 1 cas, plusieurs tentatives ont été faites, pendant qu'un doigt introduit dans le vagin soulevait le siège (N° 131 de 1891). Ces manœuvres ont échoué, par suite de la tension des parois et de la contraction permanente de l'utérus. Chez une femme qui présentait un fibrome volumineux du segment inférieur, elle a été tentée à cinq reprises, pendant la grossesse, par M. Pinard (N° 1,898 de 1895).

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta*. — FF. : 45; FU. : 3; B. : 15; non spécifié : 4.

2^o *Durée*. — Immédiate dans 2 cas, elle a été, dans les autres, comprise entre 5 m. et 4 h. 45. Moyenne : 45 m.

3^o *Mode*. — Spont. : 8; nat. : 50; expression : 4; art. : 5.

Le placenta avec noyaux hémorrhagiques a été noté 1 fois.

4^o *Mensuration des membranes*. — Petit côté mesurait : — 10 cm. : 33 fois; 10 cm. et plus : 22 fois; déchirées : 7; rétention : 1; non mesurées : 4.

5^o *Complications de la délivrance*. — Hémorrhagie : 5 fois; rétention placentaire; infection putride; extraction de cotylédons 8 jours après l'accouchement; irrigation continue : 1.

Fœtus. — *Nés vivants*. — 65, lesquels : nés étonnés : 5; en état de mort apparente : 7; insufflés : 2.

Nés morts : 2.

N^o 2,239 de 1896 : procidence de la main : mouvements inspiratoires pendant l'extraction : 2,950 gr.; manœuvre de Mauriceau.

N^o 1,898 de 1895 : déflexion des bras.

Morts après l'accouchement : 4.

N^o 821 de 1895 : après quelques inspirations, placenta : 470 gr. : 2,060 gr.

N^o 1,834 de 1895 : le lendemain, déflexion d'un membre inférieur; Mauriceau : 2,750 gr.

N^o 1,863 de 1893 : le 6^e jour, placenta : 610 gr.; 2,420 gr.

N^o 438 de 1898 : le 8^e jour, couveuse (dilatation manuelle à 2 fr.; Mauriceau, difficile par rétraction) : 2,160 gr.

Ayant souffert pendant le travail : 2.

Accidents divers : céphalématone : 2; triple dans un cas; dépression au niveau du cou, par moignon d'épaule : 1; asymétrie faciale : 1 (N^o 169 de 1893); hématome du sternomastoïdien, survenu le 24^e jour : 1 (N^o 75 de 1891).

Ophtalmie simple. — 1 le 2^e jour; 1 le 13^e jour.

Ophtalmie double. — 1.

Abcès du plancher de la bouche apparu le 8^e jour : 1 (N^o 1,343 de 1891).

Suites de couches. — Normales : 48 fois. — Des élévations

de température ont été notées 19 fois. — Lymphangites du sein : 3 cas; éclampsie : 1 cas.

Accidents de la grossesse. — Hémorrhagie : 2; accès éclamptiques : 3; vaginite blennorrhagique : 1; syphilis, 3 mois avant l'accouchement (gros placenta).

3° Siègé décompleté mode des pieds : 1 Observation.

Causes. — ?

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Art. au cours du travail.

2° *Durée de l'expulsion.* — 20 m.

3° *Durée totale du travail.* — ?

4° *Mode de terminaison.* — Abaissement du pied, des bras; Mauriceau.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — F. F.

2° *Durée.* — 30 m.

3° *Mode.* — Naturelle.

4° *Mensuration des membranes.* — ?

Fœtus. — *Né vivant.* — Procidence temporaire du cordon à 2 fr. (N° 483 de 1893).

4° Présentations dont le mode n'a pas été spécifié : 3 Observations.

Causes. — Malformation utérine combinée à insertion vicieuse : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Précoce : 2; Non spéc. : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 10 m. et 40 m.; moyenne : 23 m. 3.

3° *Durée totale du travail.* — Non spéc. : 2; 8 h. dans 1 cas.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 1; non spéc. : 1; art. : 1 (extraction des bras. — Mauriceau).

1 femme est accouchée avant son entrée à la clinique. Enfant mort.

C. *Fœtus au-dessus de 3,000 gr.*

1^o Siège complet : 14 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 6 ; malformations utérines : 2 (dans 1 cas : 2 cols).

Travail. — 1^o *Rupture des membranes.* — Tempestive : 2 ; précoce : 5 ; prém. : 3 ; art. à DC. : 4.

2^o *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 2 h. 30 ; moyenne : 50 m.

3^o *Durée totale du travail.* — Entre 5 h. 30 et 31 h. 30 ; moyenne : 12 h. 61.

4^o *Mode de terminaison.* — Non spéc. : 4 ; art. : 10.

Abaissement prophylactique du pied : 1.

Extraction du siège, le pied gauche étant sorti : 1.

Dégagement des bras : 6.

Dégagement du bras antérieur seul : 1.

Manœuvre de Mauriceau : 1 (difficile, tête défléchie) (N^o 1,860 de 1894).

Manœuvre de Champetier : 1 (N^o 1,373 de 1895).

5^o *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon : 1.

Pulsations non senties dans le cordon au moment où on fait l'anse, l'enfant ayant expulsé son méconium : 1 (N^o 182 de 1898).

Enfant sorti à cheval sur son cordon qui n'a pas été comprimé : 1 (N^o 1,311 de 1898).

Déflexion de la tête : 1.

Albuminurie du travail : 1.

6^o *Complications.* — Déchirure du périnée : 2.

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta.* — FF. : 8 ; FU. : 1 ; B. : 3 ; non spéc. : 2.

2^o *Durée.* — Entre 20 m. et 1 h. 10. Moyenne : 36 m.

3^o *Mode.* — Spont. : 3 ; nat. : 9 ; art. : 2.

4^o *Mensuration des membranes.* — Petit côté mesurait : — 10 cm. : 6 fois ; 10 cm. et plus : 3.

Déchirées : 3 ; rétention : 1 ; non mesurées : 1.

Fœtus. — *Nés vivants* : 13, sur lesquels : Né étonné : 1 ; en état de mort apparente : 3.

Insufflés : 2 ; l'un, N° 111 de 1892, le fœtus n'a pu être ranimé (syphilis de la mère ; gros placenta) : 3,200 gr.

Né mort : 1 ; N° 1,074 de 1896 ; à la dilatation d'une paume, avait expulsé son méconium ; version tentée : 3,130 gr.

Ayant souffert pendant le travail : 2.

Accidents divers : Dépression à gauche au niveau du cou, causée par moignon d'épaule (N° 77 de 1897) ; suites de couches, normales : 13 ; 1 fois, température : 37°6, le 6^e jour.

La version par manœuvres externes a été tentée 2 fois ; dans un cas : siège tassé au D. S. ; plusieurs tentatives sous chloroforme, rendues infructueuses, par la grande tension de la paroi, sa grande épaisseur, et le peu de liquide amniotique (N° 671 de 1890).

2° Siègé décomplété mode des fesses : 46 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 28 ; malformation utérine : 1 (cloison vaginale divisant le col en 2 parties) ; hydramnios : 1 ; malformations fœtales : 1 (hydrocéphalie coïncidant avec spina bifida).

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 7 ; prém. : 13 ; précoce : 14 ; hâtive : 3 ; à DC. : 2 ; art. à DC. : 6 ; non spécifié : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 3 m. et 4 h. ; moyenne : 56 m.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 2 h. et 67 h. ; moyenne : 15 h. 24.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 4 ; non spécifié : 4 ; art. : 48 ; abaissement prophylactique du pied : 18 (réussi dans 1 cas : siège très engagé ; dans 1 autre : siège à la vulve) (N° 1,314 de 1897) ; placement de lacs dans l'aine antérieure, abaissement impossible : 1 (N° 170 de 1892) ; abaissement difficile par étroitesse des parties molles : 1 ; abaissement impossible (rétraction utérine, les membranes étant rompues depuis 20 heures : 1 (N° 1,632 de 1895).

Tractions digitales dans le pli inguinal, fracture du fémur : 1 (hydrocéphalie) (N° 1,313 de 1892).

Dégagement des membres inférieurs : 2 ; dégagement des membres supérieurs : 14 ; les deux bras étaient défléchis :

2 fois ; le postérieur seul défléchi : 1 ; manœuvre de Mauriceau : 30, rendue difficile par hydrocéphalie : 1 ; résistance des parties molles : 3 ; rétraction du col : 1 (chloroforme) ; manœuvre de Champetier : 2 ; forceps sur tête dernière : 1 (N^o 1,193 de 1894 (la femme présentait un fibrome volumineux paraissant indépendant de l'utérus).

5^o *Incidents au cours du travail.* — Déflexion des bras : 2 ; fracture du fémur : 1.

6^o *Complications.* — Déchirure du périnée : 3 ; hémorrhagie entre expulsion et délivrance : 1 ; la version par manœuvres externes : tentée 6 fois ; 2 fois à différentes reprises pendant la grossesse : 1 fois au début du travail, le siège commençant à s'engager.

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta.* — FF. : 30 ; B. : 9 ; non spéc. : 6.

2^o *Durée.* — Immédiate dans 1 cas, elle a été, dans les autres, comprise entre 5 m. et 1 h. 30 ; moyenne : 35 m.

3^o *Mode.* — Spont. : 9 ; nat. : 30 ; express. : 4. art. : 1 ; non spéc. : 2.

4^o *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : — 10 cm. : 28 ; 10 cm. et plus : 8 ; déchirées : 7 ; rétention : 3.

5^o *Complications de la délivrance.* — Hémorrhagie par inertie utérine : 1.

Fœtus. — *Nés vivants* : 44, sur lesquels : nés étonnés : 6 ; en état de mort apparente : 4, dont 1 en asphyxie blanche ; insufflés : 3 ; dans un cas, n^o 559 de 1898 : insufflation pendant 2 h. ; le cœur a battu pendant 1 h. 30 ; mort au bout de 2 h. (Mauriceau difficile par rétraction).

Dans un autre : insufflation et tractions rythmées de la langue pendant 25 m.

Nés morts : 2. — Dans 1 cas, n^o 396 de 1891, pendant l'extraction (circulaires autour du cou ; mère syphilitique) ; 3,170 gr.

Dans un autre, n^o 619 de 1898, souffrance pendant le travail, liquide fétide : Mauriceau.

Mort après l'accouchement : 1.

N^o 1,249 de 1895. — 48 h. après naissance, convulsions.

Autopsie : hémorrhagie ventriculaire et médullaire : Mauriceau ; 3,320 gr.

Ayant souffert au cours du travail : 3.

Accidents divers. — Convulsions le lendemain de la naissance : 1 (n° 30 de 1894) ; phlegmon du bras droit le 10^e jour : 1 (n° 374 de 1897) ; ophtalmie : 1.

Suites de couches. — Normales : 35 fois.

Dans les autres cas la température entre 37° et 40° 6. — Une femme a présenté 2 frissons. — 1 abcès au sein incisé ; 1 lymphangite du sein.

Accidents de la grossesse. — Albuminurie : 1 ; hémorrhagie : 1 ; vaginite granuleuse : 1.

3° Siège décompleté mode des pieds : 1 Observation.

Causes. — Insertion vicieuse.

Travail. — 1° *Rupture des membranes* : Précoce.

2° *Durée de l'expulsion* : 10 m.

3° *Durée totale du travail* : 10 h. 50 m.

4° *Mode de terminaison* : abaissement des 2 bras. — Mauriceau.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta* : FF.

2° *Durée* : 10 m.

3° *Mode* : spont.

4° *Mensuration des membranes.* — 6/33.

Fœtus. — Né vivant.

4° Présentations dont le mode n'a pas été spécifié :

2 Observations :

Causes. — ?

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Art. une fois à DC.

2° *Durée de l'expulsion.* — 10 m. et 15 m. ; moyenne : 12 m. 5.

3° *Durée totale du travail.* — 13 h. et 6 h. 25 ; moyenne : 9 h. 12.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 1 ; art. : 1 (extraction des pieds. Mauriceau difficile par résistance des parties molles et déflexion de tête).

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 1 ; B. : 1.

2° *Mode.* — Nat.

3° *Durée.* — 50 m. et 40 m.; moyenne : 45 m.

4° *Mensuration des membranes.* — 3/14 et 10/32.

Fœtus. — *Nés vivants.*

Ayant souffert pendant travail. — 1 après rupture des membranes ; 1 pied bot ; varus-équín.

Suites de couches. — Normales : 1 (celui qui a demandé l'intervention). Dans le 2° cas : Hémorrhagie secondaire le 6° jour ; 600 gr. ; T. 37°8 le 11° jour.

II. — MULTIPARES. BASSIN NORMAL

A. — Fœtus au-dessous de 2,000 gr.

1° *Siège complet* : 13 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 5.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 2 ; précoce : 2 ; prém. : 5 ; art. à 5 fr. : 1 ; art. à DC : 3.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 2 m. et 3 h. ; moyenne : 31 m.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 4 h. et 19 h. ; moyenne : 10 h. 6.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 7 ; art. : 3 ; non spec. : 3 ; abaissement du pied : 1 ; dégagement des bras : 1.

Manœuvre de Mauriceau : 3 ; difficile : 1.

5° *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon : 1 ; éclampsie. Mort du fœtus : 1 (n° 692 de 1890).

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF : 9 ; FU : 1 ; B : 3.

2° *Durée.* — Immédiate dans 1 cas ; dans les autres, comprise entre 5 m. et 50 m. ; moyenne : 24 m. 5.

3° *Mode.* — Spont : 3 ; nat. : 10.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : — 10 cm. 5 ; + 10 cm. 3.

Rétention : 2 ; non spéc. : 3.

5° *Complications de la délivrance.* — Hémorrhagie : 1.

Parmi ces femmes : une cypho-scoliose de la région lombaire ; une atrophie musculaire.

Fœtus. — *Nés vivants* : 11 ; l'un a été mis en couveuse : 1,570 gr.

Morts pendant le travail : 2.

N° 1,549 de 1891 : procidence du cordon : 1,510 gr.

N° 692 de 1890 : éclampsie de la mère : 1,380 gr.

Morts après l'accouchement : 4.

N° 1,141 de 1897 : le 5^e jour : 1,360 gr.

N° 1,818 de 1897 : 12 h. ap. : 1,230 gr.

N° 67 de 1893 : le lendemain : 1,100 gr. (hémorrhagies de grossesse).

N° 999 de 1893 : 18 h. ap. : 1,270 gr. (hémorrhagies viscérales, foie, reins, poumons, placenta : 310 gr.).

Suites de couches. — Normales : 12.

Dans 1 cas où les membranes étaient retenues, on a fait une injection intra-utérine prolongée et 20 gr. de sérum de Marmorek.

Mort de la femme. N° 692 de 1890 : Coma éclamptique.

2^o Siège décompleté mode des fesses : 14 Observations. (Dans 1 cas, le membre antérieur seul était relevé).

Causes. — Insertion vicieuse : 5 ; hydramnios : 1 ; utérus cloisonné cordiforme : 1.

Travail. — 1^o *Rupture des membranes.* — Prém. : 6 ; précocité : 2 ; hâtive : 1 ; art. (au cours du trav. : 1 ; à 5 fr. : 1 ; à DC. : 1) ; non spéc. : 2.

2^o *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 45 m. ; moyenne : 15 m.

3^o *Durée totale du travail.* — Entre 2 h. et 27 h. ; moyenne : 9 h. 8.

4^o *Mode de terminaison.* — Spont. : 5 ; art. : 8 ; non spéc. : 1.

Abaissement du pied sans tractions : 1.

Dégagement des membres inférieurs : 1 ; dégagement des bras : 5.

Manœuvre de Mauriceau : 5.

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta.* — FF. : 8 ; FU. : 1 ; B. : 3 ; non spéc. : 2.

2° *Durée.* — Immédiate dans 1 cas, comprise dans les autres entre 5 m. et 1 h. 30 ; moyenne : 25 m.

3° *Mode.* — Spont. : 7 ; nat. : 6 ; art. : 1, pour l'hémorrhagie.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : — 10 cm. : 5 ; 10 cm. et plus : 5 ; rétention : 3 ; non mesurées : 1.

5° *Complications de la délivrance.* — Hémorrhagie : 2 fois.

La version par manœuvres externes avait été faite dans 1 cas, 3 jours avant l'accouchement. — Ceinture eutocique non portée.

Antécédents obstétricaux. — 1 seule présentation du siège, chez une VI pare, dont les 4 accouchements précédents avaient été normaux.

Fœtus. — *Nés vivants* : 12, dont 2 nés en état de mort apparente. L'insufflation, pratiquée dans 1 cas.

Nés morts : 2.

N^{os} 1,377 de 1898 : 1,600 gr. Infarctus hémorrhagiques du placenta.

1,479 de 1896 : 1,680 gr. Mort pendant le travail. Albuminurie. Placenta : 440 gr.

Morts après l'accouchement : 6.

N^{os} 1,502 de 1891 : apr. quelques heures, 1,930 gr.

1,519 de 1892 : » 1,220 gr.

673 de 1895 : au 7^e jour, 1,200 gr.

1,941 de 1895 : apr. quelq. minutes, 1,800 gr. Placenta : 940 gr. Mère syphilitique.

1,351 de 1896 : après 25 minutes, 1,570 gr. Placenta : 485 gr.

172 de 1897 : peu après expulsion, 1,580 gr. Placenta : 450 gr. (gommes du foie ; poumon).

3 enfants ont été mis en couveuse : 2 pesaient 1,800 gr. (l'un d'eux était gélatineux) ; l'autre, 1,750 gr.

Suites de couches. — Normales : 13 ; T. 37°8, 3^e jour : 1.

3° Présentations dont le mode n'a pas été spécifié :
8 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 6 ; hydramnios : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes*. — Tempestive : 1 ; prém. : 3 ; art. : 4, dont 3 fois à DC.

2° *Durée du travail*. — Entre 1 h. 30 et 25 h. ; moyenne : 11 h.

3° *Durée de l'expulsion*. — Entre 5 m. et 25 m. ; moyenne : 10 m. 8.

4° *Mode de terminaison*. — Spont. : 4 ; art. : 4 ; abaissement du pied : 1 ; manœuvre de Mauriceau : 3.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta*. — FF : 4 ; B : 2 ; non spéc. : 2.

2° *Durée*. — Immédiate dans 2 cas ; comprise dans les autres, entre 5 m. et 40 m. ; moyenne : 15 m.

3° *Mode*. — Spont. : 5. ; nat. : 3.

4° *Mensuration des membranes*. — Le petit côté mesurait : — 10 cm. : 6 + 10 cm. : 1 ; déchirées : 1.

Fœtus. — *Nés vivants* : 6, sur lesquels : nés étonnés : 1 ; en état de mort apparente : 1 (présentait 3 circulaires autour du cou) ; dans un cas une présentation transversale a été, par la version externe, transformée en siège (n° 1,162 de 1892).

Né mort : 1 (n° 1,738 de 1896) : 1,100 gr. (hémorrhagie pendant la grossesse) : un enfant de 1,580 gr. a été mis en couveuse.

Morts après l'accouchement :

N° 943 de 1893 : 2 heures après naissance ; pemphigus plantaire et palmaire ; placenta : 920 gr. ; hémorrhagie cérébrale et ventriculaire : 1,910 gr.

N° 697 de 1895 : 36 h. après naissance : 1,540 gr.

N° 1,212 de 1896 : 3 h. après naissance ; père peintre : 1,320 gr.

N° 1,739 de 1896 : 3 circulaires ; mère albuminurique : 1,080 gr.

Suites de couches : Normales : 2 ; dans les autres cas la température a oscillé entre 37°5 et 38°4 ; 1 inject. intra-utérine et sérum de Marmorek.

Accidents de la grossesse. — Hémorrhagie : 1 ; albumine : 1.

B. — *Fœtus de 2 à 3,000 gr.*

1° Siège complet : 21 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 11 ; malformation utérine : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 4 ; précoce : 6 ; prématurée : 5 ; spont. à DC. : 1 ; art. à DC. : 1 ; non spécifié : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 55 m. ; moyenne : 16 m.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 1 h. 10 et 20 h. ; moyenne : 8 h. 32.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 8 ; non spécifié : 3 ; art. : 15 ; abaissement du pied : 3 ; 1 fois pour procidence du cordon (N° 1,068 de 1897) ; 1 fois à dilatation paume pour mauvais état général de la femme : l'enfant étant mort.

Abaissement des 2 pieds : 1 ; 1 fois pour procidence du cordon et hémorrhagies répétées (N° 502 de 1898).

Abaissement des bras défléchis : 1.

Extraction du tronc : 1.

Extraction non spécifiée, faite pour procidence du cordon : 1.

Manœuvre de Mauriceau : 12 ; dans 1 cas, exécutée par M. Pinard, sous chloroforme, après perforation de la tête dernière (N° 2,262 de 1898).

Manœuvre de Champetier : 1 (rétraction d'orifice utérin).

Ballon de Champetier placé 1 fois, pour procidence du cordon et hémorrhagies répétées.

5° *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon : 3, dont 1 fois hors la vulve (N° 870 de 1894) ; hémorrhagie : 1 ; température, frissons ayant précédé la mort : 1 ; déflexion des bras : 1.

La version par manœuvres externes a été tentée sans succès 1 fois. Elle a permis, dans 1 cas, de transformer en présentation du siège une présentation de l'épaule (N° 1,068 de 1897) : 2 femmes ont porté des ceintures eutociques.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 15 ; B : 2 ; non spéc. : 4.

2° *Durée.* — Immédiate dans 2 cas; dans les autres, comprise entre 10 m. et 1 h. 20; moyenne : 35 m.

3° *Mode.* — Spont. : 3; nat. : 13; express. : 2; art. : 3.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : 10 cm. : 11 fois; 10 cm. et plus : 7; rétention : 1; déchirées : 2.

5° *Complications de la délivrance.* — Mort de la femme (n° 1,755 de 1897); hémorrhagie; outre les injections chaudes, compression de l'aorte chez une femme ayant présenté des hémorrhagies pendant la grossesse; mort de la femme 1/2 h. après.

Antécédents obstétricaux. — On trouve dans les antécédents obstétricaux de 3 femmes, 1 prés. du siège et 1 prés. de l'épaule.

Fœtus. — *Nés vivants* : 19, sur lesquels : nés étonnés : 2; en état de mort apparente : 2; l'un fut insufflé, difficilement ranimé.

Morts pendant le travail : 2.

N° 1,755 de 1897.

N° 502 de 1898; 2,850 gr.; procidence du cordon; hémorrhagie.

Morts après l'accouchement : 5.

N° 1,503 de 1894 : le lendemain, hémorrhagie méningée (Champetier; résistance du col).

N° 174 de 1895 : quelques heures après naissance; hémorrhagie méningée; prés. d'épaule : version ext. Mauriceau.

N° 1,020 de 1896 : le lendemain, procidence du cordon.

N° 918 de 1897 : le 9^e jour, teinte cyanosée; couveuse; plac. : 530 gr.

N° 1,068 de 1897 : 24 h. après, procidence du cordon, prés. d'épaule, version ext., ascite; plac. : 650 gr.

2° **Siège décompleté mode des fesses** : 28 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 12.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 3; précoce : 4; hâtive : 1; prém. : 10; à DC : 4; art. (à 2 fr. : 1; à DC : 4); non spéc. : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 1 h.; moyenne : 18 m. 8.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 1 h. 20 et 59 h. ; moyenne : 8 h. 38.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 8 ; art. : 20.

Abaissement du pied antérieur : 5 ; dans 1 cas : siège étant sur périnée.

Abaissement du pied postérieur transformé en antérieur : 1.

Abaissement des bras : 8.

(Dans 1 cas bras antérieur défléchi).

Extraction des pieds : 1.

Ballon de Champetier placé 1 fois (hémorrhagie rétro-placentaire chez albuminurique).

Manœuvre de Mauriceau : 19.

5° *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon descendu avec pied au moment de l'abaissement prophylactique. Extraction rapide : 1 (n° 475 de 1895).

Procidence du membre supérieur droit : 1 (n° 760 de 1890).

Hémorrhagie rétro-placentaire (ballon) : 1 (n° 84 de 1898).

Déflexion du bras antérieur : 1.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF : 17 ; FU : 1 ; B : 7 ; non sp. : 3.

2° *Durée.* — Non spéc. dans 1 cas ; comprise dans les autres, entre 5 m. et 2 h. 35 ; moyenne : 33 m.

3° *Mode.* — Spont. : 7 ; nat. : 17 ; express : 3 ; art. : 1.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : moins de 10 cm. : 12 ; 10 cm. et plus : 12 ; rétention : 2 ; déchirées : 2.

5° *Complications de la délivrance.* — Hémorrhagies : 2.

Antécédents obstétricaux. — 2 femmes ont déjà accouché d'enfants se présentant par le siège. Les 2 enfants sont morts, l'un pendant le travail (siège déc. m. fesses, procidence d'une main), l'autre à deux mois.

Une troisième a été opérée d'une grossesse extra-utérine.

Fœtus. — *Nés vivants* : 26, sur lesquels 4 nés étonnés ; 1 né en asphyxie blanche.

Insufflés : 2, dont 1 sans succès pendant 1 h. 1/4.

Ayant souffert pendant le travail : 2.

Mort pendant le travail : 1 (N° 1,755 de 1897) : liquide fétide ; 2,110 gr.

Mort avant début du travail : 1 (N° 84 de 1898) : 2,200 gr. Mère albuminurique ; placenta albuminurique ; hémorrhagie rétro-placentaire. Enfant ne remuait plus depuis 2 jours.

Morts après l'accouchement : 3.

N° 241 de 1895 : 2,330 gr. ; m. 16 jours après ; broncho-pneumonie ; plac. : 550 gr.

N° 1,509 de 1893 : 2,350 gr. ; m. 15 jours après ; pemphigus ; gros foie ; plac. : 780 gr. Syphilis non soignée chez la mère.

N° 193 de 1892 : 2,060 gr. ; m. 15 jours après. Nê en asphyxie blanche.

Suites de couches. — Normales : 23. Les élévations de température ont été notées :

Chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire.

» ayant présenté une hémorrhagie rétro-placentaire, le fœtus étant mort depuis 2 jours.

» ayant une insertion vicieuse avec-hémorrhagie.

» ayant albuminurie pendant la grossesse

» dont le fœtus était mort pendant le travail.

Le curettage suivi d'injections de sérum de Marmorek a été fait dans un cas.

Accidents de la grossesse. — Hémorrhagie par insertion vicieuse : 2 ; vomissements incoercibles : 1.

3° Siège décomplété mode des pieds : 4 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 2 ; malformation utérine et insertion vicieuse : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes*. — Tempestive : 1 ; précocité : 2 ; non spéc. : 1.

2° *Durée de l'expulsion*. — Entre 15 et 50 m. ; moyenne : 22 m. 5.

3° *Durée totale du travail*. — Entre 6 h. et 19 h. ; moyenne : 10 h.

4° *Mode de terminaison*. — Non spéc. : 1 ; art. : 3 ; abaissement du pied : 1 ; dégagement des épaules : 1 ; du bras postérieur : 1 ; manœuvre de Mauriceau : 3.

5° *Incidents au cours du travail et de l'extraction.* — N° 1,581 de 1891. Procidence du cordon : 1 ; ballon pour compléter dilatation.

N° 1,149 de 1892. Procidence du cordon ; essai de rétro-pulsion ; contractions utérines ; expulsion du siège ; ranimé.

N° 717 de 1894. Procidence du cordon.

La version par manœuvres externes a été pratiquée dans 1 cas de présentation de l'épaule, ainsi transformée en présentation du siège (N° 219 de 1895).

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 4.

2° *Durée.* — De 5 m. à 50 m. ; moyenne : 35 m.

3° *Mode.* — Spont. : 1 ; nat. : 2.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : — 10 cm. : 3.

Antécédents obstétricaux. — Une femme ayant une malformation utérine, sur 3 accouchements antérieurs a présenté : 1 accouchement terminé par forceps ; 1 siège ; 1 épaule ; dans le dernier accouchement, comme nous l'avons vu, une présentation de l'épaule a été transformée en présentation du siège.

Fœtus. — *Nés vivants* : 3, qui sont tous nés étonnés.

Mort pendant le travail : 1 (N° 1,581 de 1891) (procidence du cordon).

Mort après l'accouchement : 1 (N° 219 de 1898 ; mort quelques heures après naissance ; hémorrhagie méningée (200 gr. de sang).

4° **Présentations dont le mode n'a pas été spécifié :**

5 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 3.

Travail. — 1° *Rupture des membranes* : Tempestive : 2 ; précocité : 1 ; art. à DC. : 1 ; non spécifiée : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 20 m. ; moyenne : 11 m. 2.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 7 h. 50 et 18 h. 25 ; moyenne : 18 h. 25.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 2 ; art. : 3 ; abaissement du pied : 1 ; dégagement des bras : 2 ; manœuvre de Mau-

riceau : 1 (difficile par rétraction) (n° 1,304 de 1898) ; manœuvre de Champetier : 1 (tête défléchie) (n° 1,710 de 1898).

5° *Incidents au cours du travail.* — Déflexion de la tête : 1 ; hémorrhagies : 2,

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF : 1 ; FU : 1 ; non spécifiée : 3.

2° *Durée.* — Entre 2 m. et 35 m. ; moyenne : 18 m.

3° *Mode.* — Spont. : 2 ; nat. : 1.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : 10 cm. : 3 ; + 10 cm. : 2.

5° *Complications.* — Hémorrhagie : 1 ; une présentation du sommet en OIGA s'est convertie spontanément en siège, après l'entrée de la malade.

Fœtus. — *Nés vivants* : 4, sur lesquels : né étonné : 1.

Né mort : 1, n° 188 de 1890 : 2,140 gr. (hémorrhagie de grossesse et travail).

Mort après l'accouchement : 1.

N° 594 de 1898 ; au bout d'une heure : 2,580 gr.

Suites de couches. — Normales : 4.

T. 38° le 3° jour chez une femme ayant une insertion vicieuse avec hémorrhagie et mort de l'enfant.

Accidents de la grossesse. — Hémorrhagie par insertion vicieuse : 1.

C. Fœtus au-dessus de 3,000 gr.

1° **Siège complet** : 29 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 10 : malformations utérines : 3, dont 1 utérus bicorne ; 1 cordiforme ; tumeur du cul-de-sac latéral droit : 1 ; hydrocéphalie : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 12 ; précoce : 6 ; hâtive : 1 ; prématurée : 2 ; art. : 8, dont 7 à DC.

2° *Durée de l'expulsion* : entre 5 m. et 50 m. ; moyenne : 20 m. 8.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 2 h. et 21 h. ; moyenne : 9 h. 67.

4° *Mode de terminaison* : Spont. : 5 ; non spéc. : 1 ; art. : 23 ; abaissement du pied : 1 ; tractions sur pied ant. à la vulve : 1 ; dégagement des pieds : 1 ; du tronc : 1 ; des épaules : 1 ; dégagement des bras : 13 (les deux bras étaient défléchis dans 2 cas ; dans 1 cas, le bras postérieur seul était relevé ; manœuvre de Mauriceau : 22, difficile dans 4 cas (v. texte), impossible dans 1 cas : occiput ayant tourné dans concavité sacrée.

5° *Incidents au cours du travail*. — Déflexion des bras : 2 ; procidence du cordon : 3 ; non réduite :

N° 203 de 1894 : réduite au cours du travail, elle se reproduit.

N° 1,033 de 1898 : impossible à réduire ; même sous chloroforme ; mort d'enfant.

N° 1,229 de 1898 : impossible à réduire, par suite d'engagement profond, et de rétraction utérine ; enfant mort 9 h. après.

Inspiration pendant l'extraction : 1 (n° 1,737 de 1894).

Occiput ayant tourné dans concavité sacrée : 1.

6° *Complications* : Thrombus du vagin : 1 (n° 1,089 de 1894) ; hémorrhagie pendant et après l'extraction : 1 ; déchirures du périnée : 3, dont une, n° 1,867 de 1897 complète, ayant intéressé le sphincter et la cloison.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta*. — FF. : 22 ; B : 7.

2° *Durée*. — Entre 5 m. et 1 h. 25 ; moyenne : 38 m.

3° *Mode*. — Spont. : 5 ; nat. : 20 ; express. : 3 ; non spéc. : 1.

4° *Mensuration des membranes*. — Le petit côté mesurait : 10 cm. : 10 ; 10 cm. et plus : 11 ; déchirées : 6 ; rétention : 1 ; non mesurées : 1.

5° *Complications*. — Hémorrhagies : 3.

Antécédents obstétricaux. — 6 femmes ont déjà accouché d'enfants se présentant par le siège ; dans un cas : accouchement gémellaire.

On note également : 1 prés. de l'épaule, pour laquelle la version par manœuvres internes a été pratiquée.

Fœtus. — *Nés vivants* : 27, sur lesquels : nés étonnés : 6 ;

mort apparente : 1 ; insufflé sans succès pendant 45 m.

Ayant souffert pendant le travail : 1 (extraction avant DC.).

Nés morts : 2.

N° 1,737 de 1894 : 3,720 gr. : hémorrhagie méningée ; pleurésie des 2 sommets, a fait des inspirations pendant l'extraction : Mauriceau.

N° 1,033 de 1898 : 3,100 gr. : procidence du cordon.

Morts après l'accouchement : 1.

N° 1,229 de 1898 : 3,150 gr. ; procidence du cordon : mort 9 h. après ; Mauriceau difficile par rétraction.

1 enfant est sorti de l'hôpital en mauvais état ; 1 enfant hydrocéphale, malgré les frictions de Hg. ; présente à sa sortie une hydrocéphalie plus intense.

Accidents divers. — Paralyse radiculaire du bras gauche guérie à la sortie : n° 1,337 de 1883 ; paralyse incomplète du bras postérieur : mouvements revenus après quelques jours : n° 41 de 1894 ; ulcération traumatique du plancher de la bouche.

Suites de couches. — Normales : 25 ; dans 4 cas la température a oscillé entre 37°7 et 39° ; dans 1 cas : inject. intra-utérine et sérum de Marmorek.

Accidents de la grossesse. — Ecoulement rosé : 1. — Hémorrhagie au 5^e mois : 1 ; hématome traumatique de la petite lèvre : 1.

La version par manœuvres externes a été tentée : 4 fois ; dans 1 cas : hydrocéphalie ; dans l'autre : contraction utérine.

2° Siègue décomplété mode des fesses. — 41 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 17 ; fibrome : 1 ; utérus bicornes : 3 ; hydramnios : 4.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 9 ; précoce : 7 ; hâtive : 2 ; prém. : 11 ; art. : 11, dont 8 fois à DC ; dans 1 cas la poche des eaux était à la vulve ; dans un autre : rupture faite en ville.

2° *Durée totale du travail.* — Entre 2 h. 15 et 50 h. ; moyenne : 9 h. 77.

3° *Durée de l'expulsion.* — Entre 2 m. et 3 h. 50 ; moyenne : 29 m. 36.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 6; art. : 35.

Abaissement du pied : 12.

Difficile par rétraction utérine; genou accroché au pubis :
n° 1,467 de 1896.

Dégagement des bras : 14; des 2 bras relevés : 1 (n° 1,005 de 1897); d'un seul bras relevé : 2 (n° 1,811 de 1897 et n° 1,414 de 1891).

Manceuvre de Mauriceau : 25.

Difficile : 2 cas.

Manceuvre de Champetier : 2.

Extraction non spécifiée : 1.

5° *Incidents au cours du travail.* — Anse du cordon n'a pu être faite : cordon coupé entre 2 pinces (N° 157 de 1895).

Procidence du cordon : 3; dans 1 cas : ballon.

Dans 1 autre, anse descendue avec pied pendant l'abaissement.

Mouvements inspiratoires : 2.

Déflexion des bras : 2.

6° *Complications.* — Déchirures du périnée : 5.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 31; FU : 2; B : 7; non spéc. : 1.

2° *Durée.* — Comprise entre 5 m. et 1 h. 50; moyenne : 53 m. 6.

3° *Mode.* — Spont. : 7; nat. : 30; express. : 2; art. : 2.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : 10 cm. : 17; 10 cm. et plus : 13.

Déchirées : 6; rétention : 4. Dans un cas, les membranes ont été expulsées le 4^e jour.

Antécédents obstétricaux. — 8 femmes ont déjà accouché d'enfants se présentant par le siège. L'une, VII pare : 2 sièges; L'autre, V pare : 3 sièges. L'une d'elles présentait une cyphose dorsale.

La version par manœuvres externes a été pratiquée 4 fois avec succès, mais la présentation vicieuse s'est reconstituée dans la suite. Dans 1 cas, le fœtus était très mobile. Deux femmes ont porté la ceinture eutocique.

Dans 3 cas, elle n'a pas réussi.

1^{er} cas : tension utérine trop considérable; 2^e cas : poche

des eaux rompue depuis la veille (chez cette femme, la version avait réussi précédemment).

Fœtus. — Nés vivants : 41, sur lesquels : nés étonnés : 8 ; ayant souffert pendant le travail : 1.

Accidents divers. — Aplatissement des diamètres bi-temporaux et bi-pariétaux, n° 1,226 de 1897 ; empreinte d'épaule sur partie gauche du cou, n° 1,467 de 1896 ; céphalématome de l'écaille de l'occipital, n° 1,004 de 1897 ; ophtalmie purulente de l'œil droit, n° 1,801 de 1896.

Suites de couches. — Normales : 36. Dans les autres cas, la température a oscillé entre 37°5 et 39°. Dans 2 cas : sérum de Marmorek.

Accidents de la grossesse. — Albuminurie : 1 ; hémorrhagies : 4.

3° Siègue décomplété mode des pieds : 1 Observation.

Causes. — ?

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — art. à DC.

2° *Durée de l'expulsion.* — 5 m.

3° *Durée totale du travail.* — 6 h.

4° *Mode de terminaison.* — Abaissement des bras relevés.

Délivrance. — *Présentation du placenta.* — FF.

2° *Durée.* — 1 h. 30.

3° *Mode.* — Nat.

4° *Mensuration des membranes.* — 10/35.

Fœtus. — Né vivant.

4° Siègue décomplété mode des genoux : 1 Observation.

Causes. — ?

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Art. à DC.

2° *Durée de l'expulsion.* — 18 m.

3° *Durée totale du travail.* — 9 h. 25.

4° *Mode de terminaison.* — Abaissement du pied et manœuvre de Mauriceau.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — ?

2° *Durée.* — 40 m.

3° *Mode.* — art.

4° *Mensuration des membranes.* — ?

5° *Complication.* — Hémorrhagie : 650 gr. de caillots recueillis.

Fœtus. — *Né vivant.*

Suites de couches. — T. 38°5 le 3^e jour. Irrigat. continue.

5° Présentations dont le mode n'est pas spécifié : 2 Observations.

Causes. — Insertion vicieuse : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 1 ; prém. : 1 (les membranes ont dû être déchirées 4 h. après par M. Boissard).

2° *Durée de l'expulsion.* — ?

3° *Durée totale du travail.* — 3 h. 50 dans un cas. Non spécifié dans l'autre.

4° *Mode de terminaison.* — Abaissement du pied : 2 ; Mauriceau : 1.

5° *Incidents au cours du travail.* — 1 hémorrhagie par insertion vicieuse ; placenta entraîné au-devant du siège, commençant à s'engager.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — Face fœtale : 1 ; FU. : 1.

2° *Durée.* — 30 et 45 m. ; moyenne : 37 m. 5.

3° *Mode.* — Nat.

4° *Mensuration des membranes.* — 1^{er} : 13/23 ; 2° : rétention.

Antécédents obstétricaux. — L'une de ces femmes, VI pare, a déjà accouché de 2 enfants se présentant par le siège, morts depuis.

Fœtus. — *Né vivant* et étonné : 1 (pendant trav. battements du cœur, tumultueux et irréguliers).

Né mort : 1. N° 391 de 1890 : 3,230 gr.

Accidents divers. — Fracture du fémur gauche : n° 391 de 1890.

Accidents au cours de la grossesse : Hémorrhagie : 1 cas.

Suites de couches. — Normales : 1.

Mort de la femme. — N° 391 de 1890 ; frissons ; délire ; langue rôtie ; diarrhée ; lochies fétides ; vomissements. T. 38 à 40°. Embolie. Morte le 7^e jour.

BASSIN RÉTRÉCI

Primipares : 16 Observations

1° **Siège complet** : 4 Observations

Causes. — Outre les rétrécissements des diam. p. s. p., mesurant : l'un 10,8, l'autre 10, les 2 autres étant ainsi désignés : 1^{er} : rétrécissement ; 2^e : proéminence des deux premières vertèbres sacrées, on note : 1 utérus bicorne ; 1 insertion vicieuse ; 1 spina bifida.

Travail. — 1^o *Rupture des membranes*. — Précocité : 2 ; art. à DC : 2.

2^o *Durée de l'expulsion*. — 30 m.

3^o *Durée totale du travail*. — Entre 7 h. 45 et 19 h. 30 ; moyenne : 12 h.

4^o *Mode de terminaison*. — Art. ; abaissement du pied : 1 ; dégagement du tronc : 1 ; dégagement des bras : 2 (dans 1 cas : bras défléchis) (N^o 2,129 de 1894) ; manœuvre de Mauriceau : 1 ; très difficile (dos du fœtus orienté en arrière) (N^o 54 de 1893) ; manœuvre de Champetier : 1 ; ballon de Champetier : 1.

5^o *Incidents au cours du travail*. — Orientation du dos en arrière et déflexion des bras : 1 ; procidence du cordon, ayant nécessité l'extraction avant DC : 1 (N^o 54 de 1893).

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta*. — FF : 3 ; non spéc. : 1.

2^o *Durée*. — Entre 35 m. et 1 h. 45 ; moyenne : 72 m. 5.

3^o *Mode*. — Nat. : 4.

4^o *Mensuration des membranes*. — Le petit côté mesurait : 10 cm. : 1 ; 10 cm. et plus : 2 ; non mesurées : 1.

Fœtus. — *Nés vivants*. — 4, dont 2 en état de mort apparente, sur lequel : 1 insufflé.

Ayant souffert au cours du travail. — 1 (compression du cordon formant circulaire autour du jarret).

Morts après l'accouchement : 2 ; N^o 18 de 1889 : le 11^e jour ; spina bifida : 2,560 gr. ; N^o 54 de 1893 : 27 h. après naissance ;

abcès volumineux de capsule surrénale ; a perdu du sang par le nez ; procidence du cordon ; Mauriceau, difficile : 2,070 gr. ; 1 mis en couveuse.

Suites de couches. — Normales : 3 ; t. 37^o9 6^e jour : 1.

Accidents de la grossesse. — Hémorrhagie : 1.

2^o Siège décomplété mode des fesses ; 11 Observations.

Causes. — Outre les rétrécissements ainsi spécifiés : angle accessible ; sacrum plat ; diam. p. s. p. : 10,8 ; diam. p. s. p. : 10,5 ; diam. p. s. p. : 10,3 et mi sacro-p. : 10,8 ; diam. p. s. p. : 10,8 ; diam. p. s. p. : 11 ; diam. p. s. p. : 10,6 ; diam. p. s. p. : 10,8 ; angle accessible ; bassin rétréci : 2 cas ; on note encore :

Insertion vicieuse : 7.

Travail. — 1^o *Rupture des membranes.* — Tempestive : 1, précoce : 2 ; prém. : 4 ; hâtive : 1 ; art. (à 5 fr. : 1 ; au cours ou trav. : 1 ; à D. C. : 1).

2^o *Durée de l'expulsion.* — Entre 10 et 50 m. ; moyenne : 21 m. 25.

3^o *Durée totale du travail.* — Entre 6 h. 10 et 108 h. ; moyenne : 21 h. 25.

4^o *Mode de terminaison.* — Spont. : 1 ; art. : 10.

Abaissement du pied : 6 ; difficile : 2.

N^o 1,186 de 1893 : enclavement d'une jambe, dans l'angle formé par la cuisse opposée et le plan latéral du fœtus.

N^o 2,139 de 1894 : gros volume du fœtus ; engagement partiel ; impossible dans 1 cas.

N^o 723 de 1893 : organes génitaux à la vulve ; abaissement des 2 bras défléchis : 2 ; dégagement du siège : 2 ; manœuvre de Mauriceau : 6 ; difficile : n^o 723 de 1893 : tête dégagée en transversale ; impossible : 2,139 de 1894 : doigts trop serrés pour pouvoir arriver à la bouche ; manœuvre de Champetier : 1 ; basiotripsie : 1 (n^o 2,139 de 1894).

Incidents au cours du travail. — Hémorrhagie : 1 ; décollement du placenta : 1 (2,139 de 1894) ; mouvements inspiratoires : 3 ; déflexion des bras : 2.

5. 6^o *Complications.* — Déchirure du périnée ; 1.

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta*. — FF : 6 ; B : 2 ; non spéc. : 3.

2° *Durée*. — Immédiate dans un cas, comprise dans les autres entre 15 m. et 1 h. 10 ; moyenne : 40 m.

3° *Mode*. — Spont. : 2 ; nat. : 7 ; art. : 2 (dans 1 cas pour fétidité du liquide).

4° *Mensuration des membranes*. — Le petit côté mesurait : 10 cm. : 7 + 10 cm. : 1 ; non mesurées : 3.

5° *Complications*. — Hémorrhagies : 2 (dans 1 cas : placenta enfermé dans l'utérus qui se laisse distendre 2 fois par des caillots).

Fœtus. — *Nés vivants*. — 10 sur lesquels : 2 nés étonnés ; 2 en état de mort apparente : l'un a été insufflé.

Né mort. — 1 ; basiotripsie : 4,180 gr. (n° 2,139).

Mort après l'accouchement : 1.

N° 1,186 de 1893. — 3 jours après naissance : (congestion pulmonaire, ecchymoses sous-pleurales, avait présenté une paralysie du membre supérieur gauche : abaissement du pied difficile. Mauriceau : 4,220 gr.).

Accidents divers. — Enfoncement du pariétal gauche : 1 (Champetier, n° 104 de 1895) ; dépression au niveau du maxillaire par moignon d'épaule : 1 ; paralysie du membre supérieur gauche avec contracture : mort : 1 (n° 1,186 de 1893).

Poids variant entre 1,380 gr. et 4,220 gr.

Suites de couches. — Normales : 6. Les autres ont présenté des élévations de température oscillant entre 38°1 et 39°4. 1 curetage.

Accidents de la grossesse. — Hémorrhagie : 1 cas.

La version par manœuvres externes a été tentée deux fois sans succès et dans un cas sous chloroforme (n° 960 de 1896).

3° Siège décomplété mode des pieds : 1 Observation.

Causes. — Outre le rétrécissement : insertion vicieuse.

Travail. — 1° *Rupture des membranes*. — Art.

2° *Durée de l'expulsion*. — ?

3° *Durée totale du travail*. — 2 h. 05.

4° *Mode de terminaison*. — Ballon Champetier ; abaissement du pied (n° 66 de 1890).

Délivrance. — *Présentation du placenta.* — FF.

2° *Durée.* — 20 m.

3° *Mode.* — Nat.

4° *Mensuration des membranes.* — 4/37.

5° *Complications.* — Hémorrhagie.

Fœtus. — *Né vivant.*

La version par manœuvres externes a été faite pendant la grossesse.

II. Multipares : 13 Observations.

1° Siège complet : 6 observations.

Causes. — Outre les rétrécissements du bassin, ainsi spécifiés : diam. p. sp. 10,4, promontoire haut ; rétrécissement du bassin ; D. p. s. p. : 11,5 ; D. p. sp. : 11,5 ; D. p. sp. : 9,2 ; D. p. sp. : 7,5 ; D. p. sp. : 9,8, promontoire saillant ; on note : insertion vicieuse : 4 ; hydramnios et insertion vicieuse : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Hâtive : 1 ; précoce : 1 ; art. à DC : 4.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 10 et 45 m. ; moyenne : 23 m. 3.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 4 h. 50 et 11 h. 46 ; moyenne : 11 h. 16.

4° *Mode de terminaison.* — Art.

Abaissement du pied : 2 ; conversion du pied postérieur dégagé seul, en antérieur : 1 ; dégagement du siège : 1 ; dégagement des bras : 3 (dans 1 cas abaissement difficile du bras postérieur).

Manœuvre de Mauriceau : 4.

Difficile : 2 ; 1° Diam. p. sp. : 10,1 ; bipariétal : 10 ;

2° Bipariétal : 9,5.

Symphyséotomies : 2 ; n^{os} 527 et 2,262 de 1898.

Extraction non commentée : 1.

Ballon Champetier appliqué : 2 fois.

Parmi ces présentations, on note : 2 prés. de l'épaule, dont l'une, au cours du travail, s'est convertie spontanément en siège, et dont l'autre, transformée en sommet par ver-

sion externe et malgré la ceinture eutocique, s'était transformée spontanément en siège, lors de l'entrée à la salle de travail (N^o 2,263 de 1898).

5^o *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon à 2 fr. : 1 cas (N^o 1,538 de 1893).

6^o *Complications.* — Déchirure de l'urètre après symphyséotomie : n^o 547.

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta.* — FF. : 3 ; B. : 1 ; non spéc. : 2.

2^o *Durée.* — Immédiate dans 1 cas ; comprise dans les autres entre 20 m. et 45 m. ; moyenne : 33 m. 7.

3^o *Mode.* — Spont. : 1 ; nat. : 2 ; art. : 2 ; non spéc. : 1.

4^o *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : — 10 cm. : 4 ; 10 cm. et plus : 2.

Fœtus. — *Nés vivants* : 5, dont 1 en état de mort apparente.

Né mort : 1. N^o 1,298 de 1895, 2,000 gr., insufflé sans succès.

Mort après l'accouchement. — 1. N^o 67 de 1889. 1,600 gr. Couveuse. M. 1^{er} jour.

Poids des enfants. — Compris entre 1,600 gr. et 4,230 gr.

Suites de couches. — Normales : 4 ; dans 2 cas : élévation de température ; 1 femme à la sortie avait une rétroversion de l'utérus.

Antécédents obstétricaux. — Parmi ces femmes :

L'une, N^o 1,474 de 1893, IV pare, a accouché déjà de 2 enfants se présentant par le siège : tous deux sont morts. Au 3^e acc. la version ext. a été faite : enfant vivant.

Chez l'autre, N^o 547 de 1898, IV pare, on note : 1^{er} acc. par le sommet avec procidence du bras : basiotripsie ; 2^e acc. symphyséotomie ; 3^e acc. : symphyséotomie, forceps et version : enfant mort de méningite tuberculeuse.

La 3^e, N^o 67 de 1889, III pare, a eu un 1^{er} acc. à 7 m. 1/2 ; un 2^e terminé par basiotripsie.

Chez la dernière enfin : IV pare, 1^{er} acc. sp. à T. : siège ; enfant mort pendant le travail ; 3^e acc. à T. : épaule ; version interne, mort pend. trav. ; 3^e acc. à 8 mois : version interne ; bien portant.

2° Siège décomplété mode des fesses : 3 Observations.

Causes. — Outre les rétrécissements ainsi spécifiés : D. p. sp. : 10,6 ; D. p. sp. : 11 ; Coxo-tuberculose suppurée de la hanche gauche ; on note : insertion vicieuse : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Précoce : 1 ; prém. : 2.

2° *Durée de l'expulsion.* — Entre 5 m. et 30 m. ; moyenne : 13 m. 3.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 4 h. et 6 h. 30 ; moyenne : 5 h. 53.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 2 ; art. : 1 (abaissement du pied, dégagement du bras postérieur, Mauriceau).

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 1 ; B. : 2.

2° *Durée.* — Entre 35 et 40 m. ; moyenne : 40 m.

3° *Mode.* — Nat. : 2 ; express. : 1.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait : — 10 cm. : 1 ; + 10 cm. : 2.

5° *Complications.* — 1 hémorrhagie sans insertion vicieuse (caillots : 480 gr).

Fœtus. — *Nés vivants.* — 3 : 2,960 gr., 2,150 gr., 3,150 gr.

Suites de couches. — Normales : 2 ; dans 1 cas : T. 38°, 2 fois ; 2 injections intra-utérines. Sérum Marmorek.

3° Siège décomplété mode des pieds : 2 Observations.

Causes. — Outre les rétrécissements ainsi spécifiés : D. p. sp., 12 cm., sacrum convexe ; bassin canaliculé : D. p. sp., 10,5 ; on note : insertion vicieuse et hydramnios combinés : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 1 ; hâtive : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — 5 m. et 10 m. ; moyenne : 7 m. 5.

3° *Durée totale du travail.* — 1 h. 40 ; 4 h. 40 ; moyenne : 2 h. 90.

4° *Mode de terminaison.* — Art.

1^{er} cas : abaissement des bras relevés : n° 63 de 1891. Mauriceau difficile, tête regardant en avant.

2° cas : Extraction sans commentaires.

5° *Incidents au cours du travail.* — Procidence du cordon et de la main gauche ; déflexion des bras.

Délivrance. — 1^o *Présentation du placenta*. — FF : 1 ; FU : 1.

2^o *Durée*. — 20 m. ; 40 m. ; moyenne : 30 m.

3^o *Mode*. — Spont. : 1 ; nat. : 1.

4^o *Mensuration des membranes*. — Le petit côté mesurait : 3 cm. et 16 cm.

Fœtus. — *Nés vivants*. — Mort après l'accouchement : 1.
N^o 1,182 de 1892 : 17 h. après ; 2,100 gr. Le premier enfant pesait 3,290 gr.

Suites de couches. — Dans les 2 cas : T. de 38° à 39°.

4^o Présentations dont le mode n'a pas été spécifié :

2 Observations.

Causes. — 1 cas de bassin oblique ovalaire.

Travail. — 1^o *Rupture des membranes*. — Précocité : 1 ; prém. : 1.

2^o *Durée de l'expulsion*. — Non spéc. dans 1 cas ; 1 h. 25 dans l'autre.

3^o *Durée totale du travail*. — Non spéc. : 1 ; 14 h. dans l'autre.

4^o *Mode de terminaison*. — Art.

N^o 1,830 de 1894 : Basiotripsie tête dernière.

N^o 2,073 de 1898 : abaissement du pied gauche. Tractions dans l'aîne et abaissement du pied droit. Abaissement des bras. Mauriceau.

5^o *Incidents au cours du travail*. — Fracture de clavicule : n^o 2,073 de 1898 ; hémorrhagie : n^o 1,830.

Délivrance. — 1^o *Durée*. — Immédiate dans 1 cas ; 25 m. dans l'autre ; moyenne : 12 m. 5.

2^o *Mode*. — Art.

3^o *Mensuration des membranes*. — 9/32 : 1 ; déchirées : 1.

Fœtus. — *Né vivant*, en état de mort apparente ; insufflé : 1.

Mort pendant l'extraction : 1, Mauriceau impossible ; 3,400 gr.

Suites de couches. — Normales.

Antécédents obstétricaux. — N^o 1,830, III pare ; 1^{er} acc. : embryotomie ; 2^o acc. : enfant mort pendant trav.

N^o 2,073, VII pare ; 1^{er} acc. : basiotripsie ; 2^o acc. : ballon, enfant mort à 4 m. 1/2 ; 3^o acc. : enfant mort, forceps et version ; 4^e acc. : ballon, forceps au DS ; procidence du cordon : mort-né ; 5^o acc. : ischiopubiotomie ; 6^o acc. : enfant mort au 21^e mois.

FŒTUS MACÉRÉS

I. *Primipares.* — *Fœtus au-dessous de 2,000 gr.* : 9 Observations.

Positions et variétés. — **Siège complet** : 3 **Décomplété**
mode des pieds : 1 ; **non spéc.** : 2.

Causes. — Syphilis : 1 ; albuminurie avec accès écl. : 2 ;
hémorrhagie 15 jours avant : 1 ; non spéc. : 1 ; circulaires
serrés autour du cou : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Précoce : 1 ;
tempest. : 2 ; non spéc. : 3.

2° *Durée de l'expulsion.* — Comprise entre 5 m. et 1 h. 30,
soit 38 m.

3° *Durée du travail.* — Entre 6 h. 30 et 27 h., soit 12 h.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 5 ; Extraction simple : 1.

Délivrance. — *Présentation du placenta.* — FF : 5 ; FU : 1.

2° *Durée.* — Immédiate dans 1 cas, entre 5 m. et 1 h. 40
dans les autres, soit 60 m.

3° *Mode.* — Spont. : 5 ; nat. : 1.

4° *Mensuration des membranes.* — Le petit côté mesurait :
— 10 cm. : 2 fois ; + 10 cm. : 2 ; non mesuré : 1 ; déchirées : 1.

Suites de couches. — Pathologiques : 2 cas ; *Mort de la
femme* (n° 953 de 1890) le 16^e jour (syphilis) ; terme, 6 mois :
2 ; 7 mois : 3 ; 8 mois : 1.

Incident au cours du travail. — Procidence d'une main
(1,095 de 1898).

II. *Multipares* : *Bassin normal.* — *Fœtus au-dessous de
2,000 gr.* : 10 Observations.

Positions et variétés : **Siège complet** : 3 ; **décomplété**
mode des fesses : 1 ; **mode des pieds** : 1 ; **variétés de**
positions non spécifiées : 5.

Causes. — Syphilis dans 4 cas ; hydramnios : 1 cas ;
albuminurie : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Tempestive : 5 ;
artificielle à DC : 3 ; non spécifiée : 2.

2° *Durée de l'expulsion.* — Comprise entre 5 m. et 40 m.;
moyenne : 15 m. 5.

3° *Durée totale du travail.* — Entre 1 h. 45 et 19 h. 15;
moyenne : 10 h. 22.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 9; art. : 1 (abaissement
des bras, Mauriceau).

Délivrance. — 1° *Prés. du placenta.* — FF. : 8; B : 1; non
spéc. : 1.

2° *Durée.* — Entre quelques m. et 1 h., soit 28 m. 8.

3° *Mode.* — Sp. : 4; nat. : 4; expr. française : 1 non
spéc. : 1.

4° *Mensur. des membranes.* — Petit côté mesurait : — 10 cm. :
2 fois; + 10 cm. : 10 fois; déchirées : 2; dissociées : 1;
rét. : 1.

Suites de couches. — Pathologiques : 2 cas.

Terme. — 6 mois : 2 fois; 7 mois : 5 f.; 8 mois : 2 f.;
9 mois : 1 f.

Antécédents obstétricaux. — 2 femmes avaient déjà pré-
senté des accouchements par le siège. — L'une VIII pare au
3° acc. sp. à T., enfant mort à 15 mois, et au 7° acc. enfant
mort à 3 mois. — L'autre VIII pare, au 4° acc. à T., enfant
mort.

2° *Fœtus de 2 à 3,000 gr.*

Positions et variétés. — ?

Causes. — Syphilis probable dans 2 cas. Albuminurie :
1 cas; non spécifiées : 1.

Travail. — 1° *Rupture des membranes.* — Précocité : 1; à
DC. : 1; art. à DC. : 1; non spécifiée : 1.

2° *Durée de l'expulsion.* — Non spécifiée dans 1 cas; a été
dans les autres : 15 m., 30 m., 60 m.; moyenne : 35 m.

3° *Durée du travail.* — Non spéc. dans 1 cas; a été dans
les autres : 7 h. 30, 10 h. 30, 3 h.; moyenne : 6 h. 86.

4° *Mode de terminaison.* — Spont. : 3; art. : 1 (abaissement
des pieds; dégagement du tronc, des bras; Mauriceau).

Délivrance. — 1° *Présentation du placenta.* — FF. : 3; B. : 1.

2° *Durée.* — Entre 5 m. et 40 m., soit 26 m. 25.

3° *Mode*. — Nat. : 2 ; expression française : 1 ; art. : 1.

4° *Mensuration des membranes*. — Déchirées dans 3 cas ; rétention : 1.

Suites de couches. — Pathologiques dans 2 cas ; terme : 7 mois : 1 ; 8 mois : 2 ; 9 mois : 1.

Antécédents obstétricaux. — 1 avortement au 6^e mois ; présentation d'épaule ; macéré ; évolution spontanée.

Incidents au cours du travail et de la délivrance. — Dans 1 cas : hernie de poche des eaux, et procidence du cordon ; dans 1 cas : hémorrhagie après l'expulsion et la délivrance, chez une albuminurique ayant : bruit de galop et œdème pulmonaire.

Bassin rétréci : 1 Observation. — Siège complet

Causes. — Hydramnios.

Rupture des membranes. — Art. à 2 fr.

Durée de l'expulsion et du travail. — Non spécifiée.

Mode de terminaison. — Abaissement d'un pied ; dégagement des épaules ; Mauriceau.

Délivrance. — Artificielle ; poids de l'enfant : 2,350 gr.

Incidents au cours de la délivrance. — Hémorrhagie par décollement du placenta, normalement inséré ? *Mort de la femme* (N° 33 de 1898).

OBSERVATION XVIII

Fœtus macéré — *Bassin rachitique cavaliculé*. — *Hydramnios*. — *Hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré*. — *Abaissement d'un pied*. — *Hémorrhagie interne*. — *Accouchement forcé*. — *Rupture du segment inférieur*. — *Mort de la femme*.

III pare. Deux accouchements prématurés entre le sixième et le septième mois. Enfants morts et macérés ; même père.

Dernières règles : du 10 au 14 mai 1897. Pas d'albumine. Sacrum plat, avec saillie de tous les disques intervertébraux.

Faux promontoire : 8,5 ; Dp. s. p. : 9,8.

Femme de petite taille, à membres inférieurs courts et trapus. Dents striées transversalement. Voûte palatine excavée. Fémurs avec convexité antérieure. Tibias convexes en dedans. A gauche petit point d'ostéite suppurée (syphilis).

Elle arrive le 7 janvier, à 2 h. 1/2 du soir, ayant depuis le matin perdu une quantité assez considérable de sang. Elle n'a ressenti aucune douleur, en dehors des contractions utérines, qui reviennent toutes les 10 minutes. L'utérus mesure 36 cm. (grossesse : 7 mois 1/2) et présente, dans l'intervalle des contractions, une dureté ligneuse, surtout dans sa portion droite et inférieure. Le palper est presque impossible, et on sent seulement, à gauche et en haut, un pôle qui ressemble à une tête et qui ballotte. Auscultation négative.

L'hémorrhagie continue.

Au toucher, l'orifice = 2 fr. La poche des eaux est plate, très tendue, et sépare le doigt d'une partie fœtale, très élevée, ressemblant à un petit membre.

Pouls : 88 ; T : 36°7. On ne sent pas le placenta dans les environs de l'orifice.

M Bouffe fait ce diagnostic : hydramnios ; fœtus mort probablement présentant le siège ; décollement du placenta normalement inséré ?

La poche des eaux rompue laissa s'écouler 800 gr. de liquide amniotique, mélangé à une assez grande quantité de sang. Après l'écoulement du liquide, l'utérus paraît un peu moins tendu et ne mesure plus que 31 cm. On donne un peu de chloroforme, pour pouvoir pratiquer le toucher manuel. La main introduite, M^{lle} Roze reconnaît une présentation du siège complet en S. D. Chaque fois qu'on repousse la partie fœtale il s'écoule du sang. La partie fœtale, étant exactement appliquée sur l'orifice qui est très dur, ainsi que le segment inférieur, et l'enfant étant mort, on ne pose pas de ballon. M^{lle} Roze dilate lentement l'orifice qui arrive à 5 fr. M. Bouffe abaisse ensuite le pied droit. Pendant que M^{lle} Roze a un doigt sur l'orifice, M. Bouffe tente quelques tractions pour tâcher d'engager le siège, mais, cette manœuvre étant jugée dangereuse, on laisse les choses en l'état. La femme ne perd plus. Hauteur utérine : 31 cm. ; pouls : 90. Il est 4 h. 10. Injection de sérum : 500 gr. La femme se réveille et vomit. Etat général mauvais. Face très pâle. Un peu d'agitation.

A 4 h. 30, le pouls arrive presque subitement à 140 et l'utérus atteint une hauteur de 38 cm. Il ne s'écoule toujours rien au dehors.

M. Bouffe tente alors l'extraction. La main gauche est introduite pour surveiller l'orifice et l'engagement du siège et de la cuisse relevée, pendant que la main droite tire légèrement sur le pied abaissé. Quand la main introduite dans l'utérus cherche à reconnaître la position de la cuisse, il s'écoule du sang rouge pur, et quelques caillots anciens, noirs. Petit à petit, le siège s'engage, puis le ventre. On n'a aucune difficulté pour extraire les épaules et la tête.

Immédiatement derrière le fœtus jaillit un jet considérable de sang frais.

Cette opération a duré 15 minutes.

La main gauche, introduite pour faire la délivrance artifi-

cielle, sent dans l'utérus le placenta complètement décollé, et une quantité considérable de caillots, dont on a recueilli 650 gr. On sent une déchirure du col et du segment inférieur d'environ 7 cm., qui se continue par une déchirure du cul de-sac latéral droit. On entre dans le ligament large, mais il ne paraît pas exister de communication péritonéale. L'utérus se contracte énergiquement.

L'état général est très mauvais; le pouls incomptable, imperceptible. On fait un tamponnement vaginal très serré, et on applique sur le ventre un bandage de corps. Depuis la délivrance il s'est écoulé très peu de sang.

Depuis ce moment, 5 h. 30, il est impossible de faire revenir le pouls, malgré 1,500 gr. d'injection sous-cutanée de sérum. Injections d'éther et tous les moyens habituels. Mort : 6 h. 20.

CONCLUSIONS

1° Parmi les causes qui produisent la présentation du siège chez la femme à terme ou près du terme, l'insertion du placenta sur le segment inférieur occupe le premier rang.

Les tumeurs fibreuses et les malformations utérines viennent ensuite.

2° Sur 373 observations de présentations du siège, nous avons relevé : 85 fois la rupture prématurée des membranes, soit dans 22,20 % des cas. Cet incident n'est pas dû à la présentation du siège, mais à la cause la plus habituelle de cette présentation : l'insertion du placenta sur le segment inférieur, que nous trouvons dans 80 % des cas.

3° L'intervention est pratiquée dans plus de la moitié des cas. Chez les primipares, on est intervenu dans 63,10 % ; chez les multipares, dans 60,93 % des cas.

4° La mortalité fœtale est plus considérable que dans les présentations du sommet.

Elle est plus élevée chez les multipares que chez les primipares.

Chez les primipares, la mortalité la plus élevée est fournie par les enfants pesant plus de 3,000 gr.

Chez les multipares, au contraire, c'est parmi les enfants pesant de 2,000 à 3,000 gr. qu'on trouve la mortalité la plus considérable.

5° Les traumatismes (fractures, convulsions, paralysies, ulcérations de la bouche, etc.), sont assez fréquents.

Il en est de même de la procidence du cordon et des membres.

Les enfants naissent souvent étonnés ou en état de mort apparente.

Ils sont, de plus, exposés aux inspirations prématurées pouvant déterminer l'asphyxie.

6° Le pronostic maternel n'est pas grave.

7° Néanmoins, pour éviter les multiples inconvénients déterminés par l'extraction, on doit, dès que la présentation du siège est diagnostiquée, essayer de la transformer à l'aide de la version par manœuvres externes, en présentation du sommet.

Vu : Bon à imprimer
Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

